

INTRODUCCIÓN a la Psicología clínica

Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión

Douglas A. Bernstein
Professor of Psychology
University of Illinois, Urbana-Champaign

Michael T. Nietzel
Associate Professor of Psychology
University of Kentucky

Mc Graw Hill

Sexta edición

Introducción a la Psicología clínica


Psicólogo Clínico Luis Vallester Psic.vallester@hotmail.com

Introducción a la Psicología clínica

Douglas A. Bernstein
Professor of Psychology
University of Illinois, Urbana-Champaign

Michael T. Nietzel
Associate Professor of Psychology
University of Kentucky

Traducción:

Herminio Abasta
Licenciado en Psicología, UNAM
Director del Instituto de Ciencias del Comportamiento Humano, A.C.

Rocío Milagros Vilaplana de Abasta
Licenciada en Psicología, U.I.A.

Revisión técnica:

Javier Cárdenas
Maestro en Psicología, U.I.A.

McGRAW-HILL
MÉXICO • BOGOTÁ • BUENOS AIRES • GUATEMALA • LISBOA • MADRID
NUEVA YORK • PANAMÁ • SAN JUAN • SANTIAGO • SÃO PAULO
AUCKLAND • HAMBURGO • JOHANNESBURGO • LONDRES • MONTREAL
NUEVA DELHI • PARÍS • SAN FRANCISCO • SINGAPUR
ST. LOUIS • SIDNEY • TOKIO • TORONTO

INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Atlacomulco 499-501, Naucalpan de Juárez, Edo. de México
Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial, Reg. Núm. 465

ISBN 968-451-291-0

Traducido de la primera edición en inglés de
INTRODUCTION TO CLINICAL PSYCHOLOGY

ISBN 0-07-005016-3

1234567890 813456792

Impreso en México Printed in México

Esta obra se terminó en julio de 1982
en Programas Educativos S.A.
Calz. Chabacano 65-A México 8, D.F.

Se tiraron 4 900 ejemplares más sobrantes para reposición

A nuestros padres

Saúl y Eleanor Bernstein
Myrle y Verle Nietzel



Contenido

3
AYUDAR A LAS PERSONAS A CAMBIAR



Prefacio

Antiguamente, los cursos de introducción a la Psicología clínica se daban exclusivamente a nivel de postgrado. Esto significaba que muchos estudiantes se decidían a estudiar esta especialidad sin haber tenido antes la oportunidad de adquirir una perspectiva general de lo que es la Psicología clínica, sin conocer sus orígenes y sin saber cuáles son sus posibilidades. Estos últimos años muchas escuelas y universidades han incorporado cursos de introducción a la Psicología clínica en su programa de estudios *át pregrado.* Esto nos parece un avance, pero, en nuestra experiencia hemos descubierto que casi todos, si no todos, los libros de Psicología clínica disponibles están escritos para el nivel de postgrado, lo que los hace inadecuados para los conocimientos e intereses que tienen muchos estudiantes de pregrado, puesto que muchos de ellos no piensan especializarse en Psicología clínica; e incluso quienes están interesados en hacerlo no tienen todavía la preparación suficiente para seguir el detalle y la profundidad de los libros escritos para cursos de postgrado.

Por eso nos decidimos a escribir un libro que contuviera el material necesario para dar cursos de introducción a la Psicología clínica a nivel de postgrado, y que, al mismo tiempo, sirviera para los estudiantes de pregrado. Intentamos presentar la Psicología clínica de tal manera que resulte interesante a los estudiantes de pregrado, independientemente de que lleven Psicología como material principal, o de que planeen escoger como profesión la Psicología clínica.

Al escribir el libro nos propusimos tres metas. La primera fue presentar, la historia, objetivos, funciones y futuro de la Psicología clínica con la suficiente

amplitud para cumplir con las normas académicas, pero sin preocuparnos por detalles. La segunda fue conservar, en la medida de lo posible, la neutralidad teórica (a pesar de que nosotros tenemos una postura de aprendizaje social) presentando las teorías psicodinámicas, fenomenológicas y de aprendizaje social en el diagnóstico, el tratamiento y la investigación clínicos. La tercera fue procurar escribir de tal manera que el libro reflejara quiénes somos y cómo enseñamos. Ser psicólogos clínicos y enseñar Psicología clínica a alumnos de pre y de postgrado es algo que nos llena de satisfacción. Algunos aspectos de la preparación del libro fue una experiencia muy positiva. Esperamos que también lo sea para el lector. Nos interesaría recibir comentarios y sugerencias del público que nos lea.

DouglasA. Bernstein
Michael T. Nietzel

Reconocimientos

Deseo dejar constancia de mi agradecimiento a todas las personas que contribuyeron en el proceso de preparación de este libro, desde que eran una cuantas ideas generales hasta que se convirtió en un manuscrito listo para la imprenta. Dana Finney, Barbara Swain y Donna Wolanski hicieron un excelente trabajo de investigación y clasificación bibliográfica. Marsha Healy, Phillis Jones, Jan Palumbo y Nesbit Siems presentaron una ayuda extraordinaria en la mecanografía de los sucesivos borradores del manuscrito. Además, Nesbit Siems atendió, casi en forma exclusiva, toda la correspondencia con las editoriales y los dueños de derechos de autor para obtener las licencias necesarias para reproducir gran parte de las ilustraciones y de los cuadros que aparecen a lo largo de este libro. Finalmente deseo agradecer a Vickie Fach, quien además de mecanografiar varios capítulos de los primeros borradores, me alentó mucho desde el inicio de este manuscrito.

DouglasA. Bernstein

Estoy muy agradecido a Juris Berzins, Stu Fisher, Geri Colé y Thomas House por el sentido crítico con que leyeron varias secciones del manuscrito y por las valiosas sugerencias que aportaron para mejorarlo. Quiero agradecer, en especial, a Ruth McKee, por las muchas horas de paciencia y trabajo dedicadas a la preparación final del manuscrito. Sus muchos talentos hicieron más fácil esta tarea; entre ellos quiero destacar su fino "ojo editorial" que aprendí a respetar y trabajar con ella.

Michael T. Nietzel



Primera parte

Conceptos básicos



Capítulo 1

El campo de la Psicología clínica

En los registros de las Universidades de Estados Unidos y Canadá hay, en estos momentos, alrededer de 20 000 alumnos del doctorado en Psicología, y el grupo más importante (cerca del 33%) está estudiando Psicología clínica. Los programas de Psicología clínica son también los más populares a nivel de maestría. Esto también sucede en los estudios de pregrado: mientras que en las áreas de Psicología no clínica se presentan cada año diez candidatos por cada lugar disponible, en Psicología clínica la proporción es de veinte a uno, y en las instituciones de mayor prestigio puede llegar a ser de cien a uno (APA, 1975). No es de extrañarse que en estos últimos años se comience a decir que entrar en una facultad de Psicología, especialmente en la escuela de Psicología clínica, está comenzando a ser más difícil que ingresar en una escuela de Medicina (Nyman, 1973).

El interés que hay por la Psicología clínica se manifiesta también en el número de miembros de la American Psychological Association (APA), la organización nacional de los psicólogos en Estados Unidos. Una encuesta reciente (Cuca, 1975a) mostró que el 36% de los miembros de la APA se dedicaban fundamentalmente a la Psicología clínica. Como en el caso de los estudiantes que cursan el doctorado, es también el grupo más numeroso. Vale la pena hacer la observación de que el 25% de los que dicen dedicarse a la Psicología clínica, no tuvieron como especialidad inicial esta rama, sino que se dedicaron a ella tras el cambio de otras áreas de la Psicología.

La Psicología clínica, como resulta evidente, es un área de estudio y de trabajo profesional muy popular en nuestros días; lo que resulta un hecho muy interesante, cuando se considera que es una especialidad que se inició hace sólo 75 años, y que comenzó a desarrollarse realmente después de la Segunda Guerra Mundial (véase el Cap. 2). ¿Cuáles son las causas de este fenómeno? ¿Qué hacen los psicólogos clínicos que tanta gente desea tener esta especialidad? En términos más generales, ¿qué es la Psicología clínica? La respuesta no es ni sencilla ni fácil (si así fuera, probablemente este libro no tendría más que unas quince páginas). El propósito de este capítulo y de los siguientes es hacer una descripción de este tema, que permita al lector sacar sus propias conclusiones. Al mismo tiempo, haremos una reseña de la historia, la situación actual y futuro de este campo, veremos sus aspectos propios, los puntos en que se relaciona o sobrepone con otras especialidades, la preparación que se da y las actividades a que se dedican los que trabajan en este campo, los elementos que lo unifican y los problemas y cuestionamientos que lo pueden dividir.

ALGUNOS INTENTOS DE DEFINICIÓN

En este momento sería muy cómodo, enunciar una definición clara, fácil de recordar y aceptada por todo mundo de lo que es la Psicología clínica, a partir de la cual fluyera lógicamente todo el material que vamos a tratar en este libro. Desgraciadamente, no existe una definición así. En los últimos años, este campo de la Psicología ha crecido tan rápidamente y en tantas direcciones que cualquier intento por describirlo en una o dos frases, resultaría o demasiado vago o demasiado estrecho y, además, rápidamente sería rebasado. Como dijo un autor: "este campo no ha estado en reposo el tiempo suficiente para poder mirarlo con suficiente detenimiento" (Hoch, 1962, p. 5). Como consecuencia, el gran público está muy confundido, y no sabe con claridad cuál es el campo de la Psicología clínica. Pero, hasta cierto punto, la misma confusión se encuentra entre los propios Psicólogos clínicos: "Nos estamos dedicando a tantas cosas y caminamos en tan distintas direcciones, que corremos el riesgo de perder de vista en qué consiste nuestra profesión" (L'Abate, 1964, p. 2). Con frecuencia, en las revistas clínicas aparecen artículos preguntando: ¿Qué es la Psicología clínica?, reflejo del permanente esfuerzo de autoexamen que se da en este campo. A pesar de esta aparente confusión, hay una serie de aspectos que se dan en casi todas las definiciones de Psicología clínica, que si se consideran en su conjunto, ofrecen un perfil bastante claro de lo que es esta disciplina y de lo que hacen los psicólogos clínicos.

El cuadro 1-1 ofrece varias definiciones en las que estos aspectos están presentes y, en primer lugar, identifica la Psicología clínica como una subdivisión o especialidad de una disciplina más amplia: la Psicología. Esto quiere decir que los psicólogos clínicos, como todos los psicólogos, se dedican al estudio y comprensión de la *conducta*. Pero, al contrario de otros psicólogos, los clínicos estudian en forma casi exclusiva la *conducta humana*. Esto no quiere decir que los psicólogos clínicos no trabajan nunca con aninales; significa que los psicólogos clínicos, por estar orientados hacia la conducta humana, sólo estudian animales cuando

Cuadro 1-1 Algunas definiciones de la Psicología clínica

1 La especialidad de Psicología clinica se puede definir como una rama de la Psicología que investiga y aplica los principios de la Psicología a la situación única y exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en forma eficaz y con mayor sentido. (Goldenberg, 1973, p. 1)

2 En términos generales, la Psicología clínica es la aplicación de los principios de la Psicología a la situación psicológica del individuo, para una mejor adaptación a la realidad. (Rotter, 1971, p. 1)

3 La Psicología clínica se preocupa por entender y mejorar la conducta humana.… Su aspecto clínico consiste en mejorar la situación de las personas que se encuentran en problemas, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas, procurando al mismo tiempo, mediante la investigación, mejorar las técnicas y ampliar los conocimientos para lograr mayor eficiencia en el futuro. (Korchin, 1976, p. 3)

4 La Psicología clínica se dedica a los problemas de adaptación psicológica del individuo, determinando y evaluando sus posibilidades de adaptación, estudiando y aplicando las técnicas psicológicas apropiadas para mejorarla. (Shakow, 1969, p. 14)

5 (La Psicología clínica) es la aplicación de los principios y técnicas de la Psicología a los problemas del individuo. El cuerpo de doctrina que se maneja en esta especialidad proviene de la Psicología, la teoría de la personalidad, la Psiquiatría, el Psicoanálisis y la Antropología. (Watson, 1951, p. 5)

hacer los estudios en seres humanos resulta poco práctico, inconveniente o poco seguro y cuando la conducta de los animales es análoga a la conducta humana, con lo que los principios de funcionamiento que también se dan en los humanos pueden ser mejor conocidos. Este interés de la Psicología clínica por la conducta humana, no la diferencia de otras especialidades de la Psicología (como, por ej. la Psicología social), que también tienen como interés central el ser humano.

El hecho de que los psicólogos clínicos *investigan* la conducta humana, como lo muestra el cuadro 1-1, tampoco los diferencia de otros psicólogos no-clínicos. La Psicología clínica intenta *aplicar* en la práctica los conocimientos obtenidos con la investigación, pero esto tampoco es exclusivo, pues otras especialidades, como la Psicología industrial y educativa, tienen el mismo enfoque.

Examinando el cuadro 1-1 puede encontrarse otro aspecto de la Psicología clínica: la *evaluación* de las capacidades y de las características de seres humanos concretos. En cierto sentido, éste es uno de los sistemas de investigación que usa. El psicólogo clínico recoge información de la persona que está observando, para analizarla y confirmar las conclusiones a las que ha llegado. En ocasiones esa información se obtiene de grupos numerosos, sobre todo cuando se están haciendo investigaciones de tipo general, pero con mucha mayor frecuencia, el psicólogo clínico utiliza este método para entender mejor a un paciente determinado. La evaluación y medición de las capacidades individuales, y de las características personales forma parte de la definición de la Psicología clínica. Pero, aunque hay quienes identifican la Psicología clínica con las pruebas (tests), hay muchos psicólogos no clínicos (por ej. los psicometristas, los investigadores de la personalidad y los psicólogos industriales) que aplican e interpretan una gran cantidad de pruebas. Así, la evaluación no se puede considerar por sí misma, como la característica exclusiva de la Psicología clínica.

Nuestra mezcla de definiciones muestra todavía otra característica importante de la Psicología clínica, que viene a completar el cuadro: los psicólogos clínicos actuales se dedican a *ayudar* a personas que tienen problemas psicológicos. Este aspecto terapéutico es el que ha evolucionado más rápidamente en los últimos años (véase el Cap. 2), y en la imagen estereotipada que el gran público tiene de la Psicología clínica, corre parejo con la evaluación de la que ya hablamos. Pero, difícilmente se puede decir que dar asistencia o terapia psicológica, sea exclusivo de la Psicología clínica. Muchos otros profesionales como los psiquiatras, las trabajadoras sociales, los consejeros, las enfermeras, los educadores y los clérigos se dedican, en distintos niveles, a actividades que directa o indirectamente procuran ayudar en los problemas psicológicos. Resulta claro que el tratamiento clínico es uno de los aspectos, pero no la totalidad de la Psicología clínica.

¿A qué nos lleva todo esto? Hasta el momento, sabemos que la Psicología clínica es un área de la Psicología, que aplica los conocimientos de ésta (como las otras áreas), investiga la conducta humana, hace evaluaciones de sujetos individuales, y da varios tipos de asistencia psicológica. Vista de este modo, la Psicología clínica resulta tan caracterizada como lo podría estar un "extra" de una superproducción cinematográfica. A pesar de todo, la Psicología clínica *tiene* un aspecto característico que la distingue aunque no de manera obvia, de las otras ramas de la Psicología. Es lo que ha sido llamado: *actitud clínica o percepción clínica,* o sea, la orientación exclusiva que tiene el psicólogo clínico de cambiar los conocimientos generados por la investigación clínica, y de otro tipo, con sus esfuerzos que hace para evaluar a una persona particular para poder entenderla y ayudarla. La misma palabra "clínico", viene del griego y significa "el que visita al que guarda cama" y de la misma manera que en la medicina, indica la preocupación que el clínico tiene por ayudar a quienes están en problemas, siempre en un contexto de atención individualizada.

En Psicología, la actitud clínica coloca a los psicólogos clínicos en una categoría diferente de todos los demás psicólogos, incluyendo a aquellos que estudian la naturaleza y las causas de los problemas psicológicos (por ejemplo los psicopatólogos experimentales). El interés de estos especialistas, si bien muy cercano al de la psicología clínica, tiene una actitud más abstracta, al estudiar los principios y las relaciones que gobiernan los problemas de la conducta humana a nivel general o *nomotético.* Los psicólogos clínicos conocen, aprecian y a veces participan en este tipo de estudios, pero su interés primordial consiste en entender cómo esos principios y relaciones generales se plasman en la vida y en los problemas de los individuos; es decir se sitúan en el nivel *idiográfico*, investigando las posibles aplicaciones de la investigación teórica en el tratamiento de los individuos.

La actitud también distingue a la Psicología clínica de las otras profesiones orientadas a ayudar a otras personas. Como ya dijimos antes, los psiquiatras, las trabajadoras sociales y otros profesionales de la asistencia ayudan a quienes tienen problemas psicológicos, pero no se dedican a investigar o a evaluar sistemáticamente las conductas equivocadas o las condiciones presentes en los casos que intentan ayudar. Se dedican más precisamente a dar el tratamiento necesario.

Quizás resulte más claro percibir las diferencias existentes entre la Psicología clínica y las otras especialidades si damos un ejemplo. Al leer la descripción de la conducta problemática de una persona recién admitida en una clínica psiquiátrica, el psicopatólogo tratará de descubrir los indicios o las relaciones existentes en la conducta del enfermo que pueden explicar el "desorden"; el psiquiatra (un médico especializado en problemas psicológicos) intentaría sopesar las ventajas de un tratamiento médico, de un tratamiento psicológico o de un tratamiento combinado. El psicólogo clínico planearía una estrategia para evaluar mejor la naturaleza del problema y (dependiendo del resultado de ese proceso) desarrollaría un conjunto de tácticas para manejar los conflictos del paciente. El posible diagnóstico que guía al psicólogo clínico en su investigación (y que también sirve para otras profesiones de asistencia) es el resultado de investigaciones previas hechas por otros psicólogos clínicos.

Así, no es la investigación, ni la evaluación individual, ni el tratamiento, ni ninguna otra de las actividades en las que toma parte el psicólogo clínico, lo que constituye el aspecto exclusivo de su labor, sino precisamente la actitud clínica, la idea no sólo de aprender acerca de la conducta (en especial la que presenta problemas) sino de hacer algo al respecto es lo que "es innato a la Psicología clínica" (Wyatt, 1968, p. 235). Si bien no todos los psicólogos clínicos se dedican a todas esas actividades, es la combinación de investigación, evaluación e intervención necesaria para entender en términos psicológicos la conducta humana y los conflictos internos, respetando a la persona en su individualidad e intentando ayudarla en sus necesidades, *dentro de una sola disciplina*, lo que da la forma y esencia de la psicología clínica.

EL ÁREA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Una vez esbozada la naturaleza de la Psicología clínica, resulta más fácil empezar a considerar con mayor detenimiento qué hacen los psicólogos clínicos, los campos en que trabajan, y el tipo de problemas y pacientes con los que están en contacto. De todas maneras, debe recordarse que por más que multipliquemos los ejemplos de actividades, ambientes de trabajo, pacientes y problemas, siempre existirán aspectos que no van a estar incluidos en la enumeración. Además, nuestra descripción será tan extensa que es casi imposible encontrar un solo psicólogo clínico que tenga contacto con todos los aspectos que vamos a enumerar. En otras palabras, lo que a continuación vamos a decir, ni es una descripción exhaustiva del trabajo de los psicólogos clínicos, ni una descripción de la manera como ocupan su tiempo quienes se dedican a esta especialidad.

Vamos a comenzar dando algunos ejemplos de actividades clínicas, de ambientes de trabajo, de pacientes y de problemas, para explicar después qué actitudes pueden tener ante ellos los psicólogos clínicos.

Las actividades de un psicólogo clínico

Hace algunos años en una fiesta, después de haberse declarado culpable por ser psicólogo clínico, se le preguntó a un colega: "¿Es cierto que ustedes pueden leer

la mente?" La respuesta fue un rotundo " ¡ No!", pero el mero hecho de que se hiciera esta pregunta ilustra muy bien la confusión y las ideas erróneas que muchas gentes tienen sobre la psicología clínica. La idea generalizada de que el psicólogo clínico es un psicoterapeuta o un especialista en pruebas es, en el mejor de los casos como todos los estereotipos, parcialmente objetiva. La investigación, que como ya dijimos es un aspecto fundamental de esta especialidad, es poco conocida, y menos aún otras actividades de los psicólogos clínicos, como la enseñanza, la consulta y la administración. No parecería exagerado decir que el 99% de los psicólogos clínicos se dedican a una combinación de estas seis actividades: *evaluación, tratamiento, investigación, enseñanza, consultorio* y *administración.*

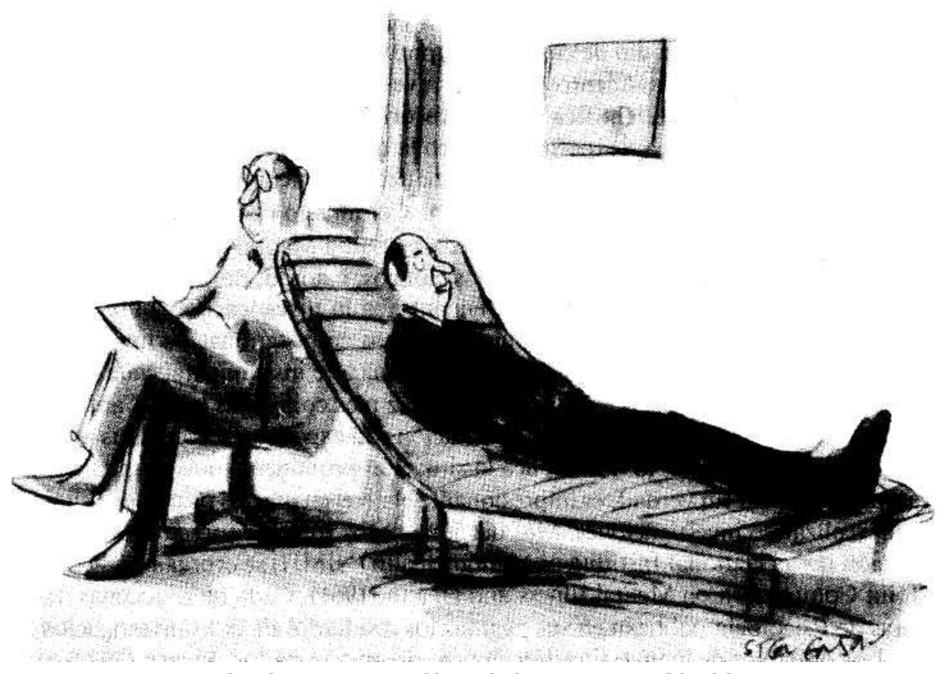
Evaluación Para poder evaluar, los psicólogos clínicos recaban de sus pacientes una información que cubre muchos aspectos: su conducta, sus problemas, su capacidad, su actividad intelectual, etc. La manera como se usan esos datos es muy variada. Pueden utilizarse para: hacer un diagnóstico de problemas de conducta, ayudar a un paciente en su elección vocacional, seleccionar a los candidatos más idóneos para un trabajo, describir las características de la personalidad, seleccionar el tipo de tratamiento psicológico adecuado, suministrar los datos necesarios en la decisión legal con respecto al compromiso de los individuos con distintas instituciones; hacer un informe más completo de los problemas de conducta de un cliente, seleccionar posiblei candidatos para un proyecto de investigación psicológica, establecer los umbrales inferiores de la conducta de un paciente, que sirvan de comparación para evaluar los resultados que se obtuvieron con un tratamiento, y para mil otras cosas. Los métodos que se pueden usar para recopilar los datos son tan variados, que literalmente resulta imposible hacer una lista completa. A pesar de su diversidad, se pueden catalogar en tres grandes categorías: *pruebas* ("tests"), *entrevistas* y *observaciones directas.*

Generalmente las pruebas (tests) consisten en pedir que se responda a estímulos normalizados, presentados "en vivo" por escrito u oralmente, en fotografías o en películas, en grabaciones o en "videotape". Las entrevistas son conversaciones en las que el entrevistado da información, en respuesta a las preguntas sistemáticas o informales que el entrevistador le hace sobre temas considerados importantes. La observación directa consiste, como su nombre lo indica, en observar la manera como el paciente se maneja en una situación provocada o también en su vida normal. La conducta observada puede ser manifiesta y visible, o puede incluir una actividad fisiológica únicamente observable y registrable con equipos especiales.

Las pruebas, las entrevistas y las observaciones directas se pueden utilizar combinadas para hacer la evaluación. Por ejemplo, el psicólogo clínico puede observar la conducta no verbal del paciente mientras se le hace una prueba, o puede hacerle una entrevista para darse cuenta de su nivel de incomodidad en una determinada situación. O bien, puede incluirse una prueba en el contexto de una entrevista, cuando por ejemplo, se le pide que dé una información específica cuya fidelidad va a permitir evaluar su "contacto con la realidad". En las *baterías de evaluación* y en las *evaluaciones múltiples* se combinan varias modalidades. En estos casos, el psi-

cólogo recaba la información que necesita por varios procedimientos, que pueden ser sencillamente pruebas de varios tipos, o combinaciones más complejas de pruebas, entrevistas y observaciones directas, que pueden abarcar no únicamente al paciente, sino también a otras personas que pueden dar valiosa información adicional.

Tratamiento Este aspecto de la actividad del psicólogo clínico consiste en ayudar a sus pacientes a solucionar los problemas psicológicos que los angustian. La intervención puede llamarse Psicoterapia, modificación de la conducta, asesoramiento psicológico o de otras maneras, dependiendo de la orientación del psicólogo, y puede darse en múltiples combinaciones de pacientes y psicólogos. Tradicionalmente el tratamiento era individual, pero cada vez se hace más común que un psicólogo trate a grupos de pacientes, que o nada tienen que ver unos con otros, o tienen algún tipo de relación (miembros de una familia, compañeros de trabajo, compañeros de pabellón). En ocasiones, dos o más psicólogos trabajan en equipo con un paciente, con parejas o con grupos. El tratamiento puede tener como objetivo disminuir la angustia, el problema de conducta (o ambas cosas) de una persona o de un grupo; o bien la prevención de los problemas antes de que aparezcan, haciendo los cambios necesarios en las instituciones, el ambiente o la situación social, o reforzando la conducta de quienes están "en peligro" (por ej. los padres de los adolescentes) o de una comunidad entera (véase Cap. 12).



Doctor, sobre la paranoia política de la que me ayudó a librarme. . . , ¿Cómo puedo saber que yo tenía la razón en todo?

El tratamiento puede darse en consultas (para personas que viven en las cercanías) o puede ser parte de los servicios que ofrece una institución (para los internos). Puede durar desde una sola sesión, hasta un periodo de varios años. Las sesiones pueden consistir en monólogos del paciente (o del terapeuta), en la dolorosa construcción de nuevas actitudes, en momentos de intenso drama emocional y la relación puede ser desde totalmente espontánea y natural, hasta sumamente estructurada. Las metas del psicólogo y del paciente pueden ser bastante limitadas (como cuando se busca la solución al problema provocado por una situación), muy ambiciosas (como cuando se pretende un análisis completo y la reconstrucción total de la personalidad), o pueden darse en algún punto intermedio entre estos extremos. Para obtener sus metas, el psicólogo puede recurrir a varias docenas de principios teóricos y procedimientos técnicos, que explican la aparición o que pretenden la curación de los problemas psicológicos. La terapia se puede dar gratuitamente, cobrando según los ingresos del paciente o por sumas que se llegan a antojar estratosféricas y los resultados pueden ser el empeoramiento de los problemas del paciente, que todo permanezca igual, o inmensos adelantos.

Investigación Por tradición y entrenamiento los psicólogos clínicos se dedican mucho a la investigación. La investigación es uno de los aspectos que distinguen a esta rama, cuando se le compara con otras profesiones cuyo objetivo es ayudar a los demás, y hay quienes afirman que es precisamente en esta área donde los psicólogos clínicos han hecho sus aportaciones más valiosas. Hubo un tiempo, por ejemplo, que en la psicoterapia la teoría y la práctica se basaban sobre todo en los resultados del estudio de casos, en impresiones subjetivas de la eficacia que tenían determinados tratamientos, pero la investigación era pobre. Paul (1969a) decía que esta era "precientífica" de la historia de la psicoterapéutica ha sido desplazada por una etapa "experimental" en la que ha mejorado enormemente la calidad de la investigación. Esta evolución se debe en buena medida, a las contribuciones de los psicólogos clínicos. La Joint Commission on Mental Illness and Health —Comisión Conjunta de Enfermedad y Salud Mental— (1961) aludía a la habilidad para investigar de los psicólogos clínicos, cuando, después de hablar del precario nivel en que anteriormente se encontraba la investigación sobre la salud mental, decía "hoy día se hacen grandes esfuerzos en programas de investigación cada vez más complejos, llevados a cabo con técnicas e instrumental cada vez más especializado y con técnicas estadísticas cada vez más complejas para el análisis de datos. Los psicólogos tienen hoy la capacitación y la experiencia necesarias para este tipo de investigación, lo que explica la situación prominente que ocupan en este campo" (p. 199). En verdad, es impresionante el nivel en que los psicólogos clínicos están realizando investigaciones. Más del 50% de los fondos otorgados para investigación por el National Institute of Mental Health (NIMH) se otorgan a psicólogos (Joint Commission on Mental Illness and Health, 1961). Cada mes, docenas de revistas de Psicología publican en sus páginas los resultados de estas investigaciones.

Los objetivos de la investigación clínica son muy variados. Brown (1972) hizo una lista de las áreas en las que se desarrolla con mayor frecuencia, que incluye psicofarmacología, problemas del desarrollo, geriatría, diseño y validación de

pruebas, diagnóstico y ajustes de la personalidad, teoría psicoanalítica, procedimientos terapéuticos, lesiones cerebrales y retraso mental, desórdenes psicóticos, neuróticos y psicosomáticos de la conducta, problemas conyugales y familiares. A esta lista hay que añadir otros aspectos, entre los que se pueden nombrar los resultados obtenidos con los distintos tipos de tratamiento, el diseño, la metodología y el análisis de experimentos, los medios con los que se pueden ampliar y hacer durables los beneficios de una terapia, la importancia y la capacitación de personal no profesional como participantes de las terapias, etc. (véase Woods, 1976). La revista *Psychological Abstraéis* publica resúmenes de investigaciones psicológicas clínicas y de otras especialidades; una revisión rápida de algunos de los números publicados en estos últimos años puede convencer a cualquiera de la gran diversidad y frecuencia con que los psicólogos clínicos están dedicándose a la investigación.

Las investigaciones clínicas difieren mucho en sus objetivos y en el medio en que se hacen. Algunas se realizan en los confines controlados pero artificiales de un laboratorio, mientras que otras se llevan a cabo en las circunstancias naturales, pero con frecuencia caóticas e incontrolables, del "mundo real". Algunos proyectos se desarrollan con la ayuda de personal subalterno pagado, y con fondos del NIMH o de otras organizaciones gubernamentales o privadas, pero muchos son llevados a cabo por psicólogos clínicos que no disponen de presupuesto específico alguno, que se ayudan con el trabajo de personal voluntario, y que consiguen lo necesario, locales, equipo, pacientes, en la medida en que son capaces de hacerlo por su propia iniciativa.

Enseñanza Muchos psicólogos clínicos dedican buena parte de su tiempo a la enseñanza. Aquellos que tienen contratos de tiempo completo o de medio tiempo en las universidades dan cursos, a nivel de pregrado o de postgrado de personalidad, Psicología anormal, introducción a la Psicología clínica, Psicoterapia (o modificación de la conducta, o cualquier otro nombre que se le dé a la intervención clínica), entrevistas, tests psicológicos, investigación, diagnóstico clínico, etc. Las técnicas de enseñanza son las tradicionales: clases, sesiones de discusión, demostraciones, laboratorios, investigación de campo, etc. Los psicólogos clínicos también usan otros medios como "videotapes", películas y otros sistemas de instrucción programada basados en la computación.[1] En algunas ocasiones (Keller, 1966) incluso, se usan técnicas de enseñanza adaptadas al ritmo de cada estudiante.

El tiempo que un psicólogo clínico ocupa en la enseñanza en una universidad depende en buena parte, del tamaño y orientación que tenga la institución. Un departamento de Psicología de una facultad pequeña, formado por dos personas, resulta mucho más pesado que el departamento de una gran universidad en el que hay cincuenta maestros. Por regla general, se puede hablar de un promedio de entre dos y cinco cursos por semestre.

[1]Pueden ser documentales o películas comerciales. En nuestros cursos de Psicología anormal hemos pasado películas importantes de largo metraje como Las *tres caras de Eva, Los días de vino y rosas* o el *Dr. Insólito,* para documentar los cursos o tener elementos de discusión.

Los psicólogos clínicos dirigen con frecuencia seminarios especializados de postgrado en temas avanzados, y supervisan el trabajo de los pasantes en los cursos de práctica de diagnóstico y terapia. La supervisión de los cursos de práctica clínica es un tipo muy especial de enseñanza, en que el maestro emplea el material existente de enseñanza e investigación, unido a su experiencia personal al asistir a los estudiantes en la aplicación de la teoría y de las técnicas de diagnóstico y de tratamiento. La manera como se hace esta supervisión varía de maestro a maestro, pero por regla general, el alumno ve al paciente, y entre consultas se encuentra con el maestro (el cliente casi siempre sabe que lo está visitando un alumno, y que el maestro está apoyándolo en su trabajo). Las entrevistas entre el alumno y el maestro sobre el desarrollo de cada caso se puede dar por separado, o bien, para enriquecer las experiencias de todos, con un pequeño grupo de practicantes que se obligan a guardar el secreto profesional, tanto de los casos que están tratando ellos mismos, como de los que están tratando sus compañeros (véase Cap. 13). La supervisión puede consistir exclusivamente en comunicaciones orales o datos suministrados por el practicante, o puede complementarse con los comentarios hechos por testigos en la consulta sin ser vistos, o a partir de grabaciones (todo con el consentimiento del paciente).

La tarea de un psicólogo clínico que se dedica a la enseñanza es particularmente difícil y delicada, ya que exige un buen equilibrio entre la dirección del alumno y el desarrollo de su independencia. Si la supervisión es demasiado impositiva el practicante puede sentirse encadenado pero al mismo tiempo, como el maestro es el último responsable del caso, no se puede permitir que el alumno cometa errores de importancia que comprometan el bienestar del paciente. Debido a esto, no es de extrañar que tanto los terapeutas como los practicantes encuentren difíciles este tipo de relaciones (Barnat, 1973; Gelinas, 1976; Potash, 1974; Rioch, Coulter & Weinberger, 1976).

Los psicólogos clínicos también tienen un importante cometido didáctico en la supervisión de las investigaciones realizadas por sus alumnos (Seeman, 1973). Los niveles de trabajo varían desde la tesis para obtener el título, preparada pof los estudiantes de pregrado, hasta los trabajos que se exigen para la maestría o el doctorado. Este aspecto didáctico comienza cuando el alumno se presenta ante el maestro con un proyecto impreciso de investigación para pedirle ayuda, consejo y una bibliografía inicial. Además de suministrar la lista de libros, la mayor parte de los directores de tesis enseñan al alumno a situar adecuadamente la investigación, a aplicar los principios básicos de investigación-y a usar los sistemas que son útiles en el campo en que están investigando. Este aspecto de la pedagogía exige mucha habilidad, puesto que el director no debe dar al discípulo tal cantidad de direcciones que finalmente lo conviertan en un ayudante que cumple órdenes, en lugar de que vaya aprendiendo a solucionar los problemas por medio de la investigación (nótese el paralelismo con la supervisión de los practicantes). Uno de los aspectos medulares de la supervisión de tesis consiste en ayudar al estudiante a transformar los cuestionamientos grandiosos, pero imposibles de responder (como por ejemplo: "¿qué es lo que hace que la gente actúe muchas veces en forma insensata?)", en hipótesis específicas y manejables.

Con frecuencia la supervisión de la práctica de los pasantes y de las tesis, se hace revisando escritos. Generalmente el maestro lee, comenta o relee los documentos hechos por los estudiantes en los que describen sus investigaciones, sus casos prácticos, o los datos a partir de los cuales están haciendo sus evaluaciones. Este tipo de supervisión, como muchos otros aspectos de la supervisión se hacen en reuniones personales o de pequeños grupos, que pueden resultar muy interesantes. Es muy satisfactorio ver cómo se va desarrollando la capacidad de escribir del alumno, por la práctica y por una retroinformación eficaz. Este trabajo, con todo, puede resultar fastidioso; no es muy agradable leer el octavo borrador no muy claro sobre "los movimientos oculares durante un shock electroconvulsivo" o sobre "la terapia de la danza en geriatría".

No toda la enseñanza que hacen los psicólogos clínicos se enmarca en el contexto académico. Mucho de su actuación didáctica se hace en la práctica misma de la profesión, en cursos prácticos o didácticos para internos de especialidad médica, psicológica u otras, para trabajadoras sociales, enfermeras, ayudantes, ministros, oficiales de policía, personas que se dedican a la prevención de suicidios, carceleros, maestros, administradores, ejecutivos, educadoras, abogados, dentistas, y muchos otros grupos, cuyas capacidades pueden aumentar considerablemente si desarrollan un conocimiento más completo de los aspectos psicológicos.

Además, muchos psicólogos clínicos están convencidos de que juegan un papel didáctico importante, en el momento en que están dando terapia. Esto es verdad, en especial en aquellos que tienen en su tratamiento una postura de aprendizaje-social (véase Cap. 10). Pero también se aplica a los otros psicólogos, ya que por lo menos parte de la terapia consiste en ayudar a los pacientes a aprender sistemas de comportamiento más adaptados al mundo real, pero nuevos para ellos. Así, aunque pueden variar los niveles en que se sobreponen la enseñanza y la terapia, vale la pena tomar en cuenta el hecho mismo.

Un último punto sobre la función didáctica del psicólogo clínico: con frecuencia no tiene formación para ser maestro. Lo mismo se puede decir de los otros psicólogos; pero el descuido en que se encuentra la formación didáctica en los programas de estudio de los psicólogos clínicos resulta particularmente lamentable, por la importancia que tiene el aspecto didáctico en el trabajo del psicólogo clínico, esté o no dedicado a la enseñanza formal. Esta omisión se debe en gran parte, al hecho de que el tiempo de capacitación del psicólogo clínico se considera tan precioso, que se utiliza íntegramente en la investigación, y evaluación en la enseñanza. En los estudios de postgrado, si es que se da alguna formación didáctica, consiste en un curso (generalmente opcional), o se incluye en la obligación para cada estudiante, de dar o al menos ayudar a un maestro en un curso de Psicología. El resultado de todo esto, es que el psicólogo clínico una vez obtenido su título, tiene que enfrentarse a su primera clase, disertación, seminario, o supervisión de practicantes, con muy poca preparación, y generalmente con bastante temor.

Consultoría Se ha dicho que un buen consultor generalmente es alguien que no funciona en casa. Esto no puede decirse de los psicólogos, pero sí es cierto que los psicólogos clínicos abandonan con frecuencia, aunque temporalmente su

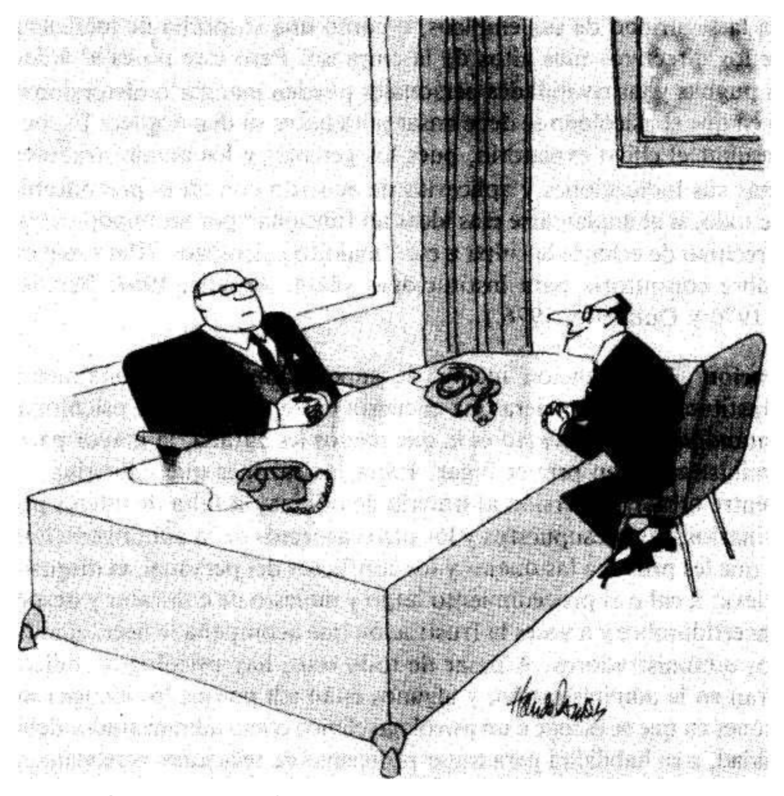
"hogar" (su trabajo ordinario) para ayudar y aconsejar a organizaciones de distintos tipos en sus problemas. Esta actividad presenta en muchas ocasiones, la oportunidad de combinar la investigación, el diagnóstico, el tratamiento y la enseñanza, cuestiones todas de las que ya hablamos. Quizás a eso se debe el hecho de que muchos psicólogos clínicos encuentran tan interesante y lucrativo el campo de las consultorías que se dedican a ellas a tiempo completo, sea por su cuenta, sea en empresas de consultoría psicológica. Este tipo de organizaciones pueden requerir los servicios de consultoría de un solo psicólogo, de un pequeño grupo, como sería el caso de una unidad de geriatría, o de mucha gente, como puede ser en los enormes servicios gubernamentales o en las grandes compañías transnacionales.[2] También se puede dar consultorías en asociaciones regionales, en consultorios y otras organizaciones basadas en la comunidad, que en nuestros días forman parte de nuestra cultura (véase Cap. 12).

Más que tratar aquí de hacer el catálogo de los distintos tipos de consulta a que se puede dedicar un psicólogo, vamos a procurar examinar los aspectos fundamentales de la consultoría. El primero es la *orientación* u *objetivo* de la consulta. Cuando la consulta está orientada a *casos*, el psicólogo clínico se dedica a uno o varios casos y los trata ya sea directa y personalmente, ya sea aconsejando cómo se deben manejar. Un ejemplo de este segundo tipo sería hacer el diagnóstico y dar el tratamiento para un "caso problema" presentado por un colega o encontrado en una clínica. Un segundo tipo de consulta de *casos* sería la discusión periódica con los ejecutivos o el personal de una institución de salud mental, un hospital, una cárcel, empresa, fábrica, o de otras instituciones sobre los métodos de manejar problemas específicos que se presentan con los clientes, los pacientes, o los compañeros de internado o de trabajo. Esta segunda manera tiene la ventaja de que la influencia del psicólogo se multiplica, al compartir sus conocimientos con otras personas que pueden entrar en contacto con un número mucho mayor de personas (Tharp & Wetzel, 1969).

La otra manera importante de orientar la consultoría es hacia *programas* o hacia *administraciones*, dedicándose no a los casos aislados, sino a los aspectos de la organización o de la estructura que están provocando los problemas. Por ejemplo, un psicólogo clínico puede ayudar a reorganizar el funcionamiento de una clínica mental, o el departamento de personal de una compañía, afinando procedimientos, eliminando conflictos entre los miembros del personal y reduciendo las quejas de los clientes. Por ejemplo, la función del consultor consistiría en elaborar un plan de evaluación para valorar sistemáticamente los servicios de un centro de alcohólicos o de un hogar para niños delincuentes. Otro ejemplo sería la consulta privada de un ejecutivo o de un administrador, para hacer los planes y tomar las decisiones que afectan a su empresa y a los planes que hay en ella. En este caso, el consultor puede ayudar en la elaboración de nuevos procedimientos para selección de personal, de nuevos criterios para hacer las promociones

[2]Cuando el papel de un psicólogo clínico está íntimamente relacionado con el del psicólogo industrial, se trata de dar consultoría a una empresa o a una industria; sin embargo, vamos a tomar en consideración los aspectos de este tipo de consultoría que se basan en los aspectos clínicos de la psicología.

en la compañía, o para reducir los cambios de personal, dando mayor conciencia a los ejecutivos del impacto que produce en sus subordinados las dicisiones que toman. Una segunda dimensión importante de la consulta, además de orientarla hacia objetivos, es la *determinación de responsabilidades.* En algunos casos, el consultor tiene toda la responsabilidad de la solución de algún problema, como en el de una clínica municipal de salud mental que contrata a un psicólogo clínico para hacer el diagnóstico de todos los nuevos pacientes sospechosos de tener lesiones cerebrales. En éste, como en otros casos en que el consultor toma toda o parte de la responsabilidad, debe dar las disposiciones necesarias y encontrar la solución; no sería correcto dar unos cuantos consejos y desaparecer. Pero, por regla general, la responsabilidad final sigue siendo de la institución que lo contrató. Un psicólogo clínico puede participar cuando se decide qué ejecutivos deben ascender en la compañía, a qué presos se les debe dar la libertad condicionada, o qué tratamiento sería mejor para un paciente, pero no se considera culpable al psicólogo clínico si el ejecutivo escogido huye a Río con los fondos de la compañía, si el criminal sigue robando ganado o si el paciente empeora en lugar de mejorar. El psicólogo



Después de lodos los esfuerzos que hicimos, nuestro equipo de consultores no fue capaz de encontrar ni una sola falla en la manera como usted está dirigiendo su empresa. Todo lo que hace está 100% bien. Continúe así. Son mil cien dólares.

clínico aconseja, pero la responsabilidad final sigue siendo de la compañía, el juzgado o la clínica.

Un tercer aspecto fundamental de la consulta es el de las *funciones* que desempeña. Muchas ya están incluidas en el material que hemos presentado, pero vale la pena enumerarlas aquí. Una lista parcial de lo que un psicólogo clínico puede hacer en una organización es educar (enseñando prácticas específicas, presentando material teórico, familiarizando al personal con material escrito o de otro tipo), aconsejar (sobre casos concretos, sobre problemas de personal, sobre programas), dar servicios directos (diagnóstico, tratamiento, investigación de evaluación o de otro tipo), ayudar a la disminución de los conflictos existentes al interior de una organización (ayudando al personal a comunicarse mejor, eliminando las causas de conflicto, cambiando la estructura de la organización, los procedimientos que se siguen, o las tareas del personal).

No es fácil tener éxito en la función de consultoría. El psicólogo clínico debe ser consciente de que es un extraño en la organización, y de que esta situación tiene consecuencias. Los ejecutivos y el personal de la institución pueden sentirse atacados y obstaculizar la acción del consultor si consideran su presencia como una amenaza a la seguridad de sus empleos, o como una sospecha de ineficacia proveniente de los directivos más altos de la empresa. Pero este no es el único problema. Las pugnas y las rivalidades personales pueden matizar o distorsionar la información en que el psicólogo se debe basar para hacer su diagnóstico. El consultor puede resultar el chivo expiatorio, pues los gerentes y los administradores pueden deformar sus indicaciones y aplicarlas de acuerdo con ideas preconcebidas. Después de todo, si al implantarse esas ideas no funcionan por ser impopulares, siempre hay el recurso de echarle la culpa a ese "maldito psicólogo" (Para mayor información sobre consultoría para instituciones véase: Argyris, 1964; Bennis, 1966; Caplan, 1970 y Dunnette, 1976.)

Administración Esta función incluye la supervisión del funcionamiento diario de una institución; si se hiciera una encuesta entre un grupo de psicólogos clínicos preguntándoles qué actividad es la que menos les agrada, la mayor parte pondría la administración en primer lugar. Entre las razones que aducirían, se encontrarían (entre otras) la aversión al trabajo de oficina, la falta de interés por los detalles rutinarios, los presupuestos y los otros aspectos de la administración, la impaciencia que les provoca las quejas y los conflictos del personal, el disgusto por tener que llevar a cabo el procedimiento largo y molesto de contratar y despedir gente y la incertidumbre y a veces la frustración que acompaña la necesidad de tratar con otros administradores. A pesar de todo esto, hay psicólogos clínicos que se encuentran en la administración, y algunos están allí porque los escogieron. Hay organizaciones en que se escoge a un psicólogo clínico como administrador debido a su sensibilidad, a su habilidad para tratar problemas de relaciones personales, a su experiencia para hacer buenas evaluaciones y a su capacidad de organización. Hay quienes piensan que tener a un psicólogo clínico como administrador es tener a un consultor de tiempo completo, que no solamente da consejos, sino que los realiza y toma la responsabilidad de su ejecución. Muchos psicólogos clínicos sienten gran sa-



Bueno, si todo mundo hace el favor de regresar a su asiento, podemos continuar la reunión.

tisfacción en organizar mejor una institución para mejorarla y hacerla lograr los objetivos para los que se pensó.

Algunos puestos administrativos ocupados por psicólogos clínicos pueden ser: director de departamento de psicología en una universidad, director de programas de postgrado de Psicología clínica, director de un centro de asesoramiento para estudiantes, director de una firma de consultoría o de un centro de pruebas psicológicas, superintendente de un sistema escolar, psicólogo en jefe de un hospital o una clínica, director de un servicio de consulta externa en un hospital, director de un centro de salud mental de una comunidad y director de enseñanza y de diagnóstico en un hospital de la Administración de Veteranos (AV). Las personas que están en esos puestos tienen como cometido coordinar las actividades del personal, planear y organizar los recursos, distribuir los presupuestos, desarrollar y llevar a cabo las políticas de la institución, redactar los informes (para las autoridades municipales, estatales o federales), presidir las reuniones, escribir las propuestas para la asignación de fondos, hacer planes para la utilización y el desarrollo de las instalaciones, recibir a los visitantes importantes, representar la institución en reuniones y ante el gran público, servir de mediador en los conflictos con otras instituciones, contratar secretarias, decidir las promociones y los aumentos de salarios y delegar responsabilidades a otras personas o comités.

Los miembros de los comités formados por un administrador, pueden también ser psicólogos clínicos, lo que significa otra posibilidad para éstos de participar en la administración. Un psicólogo clínico puede ser presidente o miembro de

un comité cuyo objetivo puede ser contratar nuevos miembros del consejo, o un nuevo administrador, aconsejar al administrador en jefe, seleccionar los alumnos de pregrado o de postgrado del siguiente curso, hacer la evaluación de los servicios prestados por la institución, desarrollar el proyecto de nuevas construcciones o recoger información sobre el ambiente que reina entre el personal. En ocasiones estos comités son temporales, pero muchas veces permanentes y exigen una atención constante de la presidencia y de los miembros que lo forman.

Los antecedentes y la experiencia de un psicólogo clínico pueden serle muy útiles cuando tiene un puesto administrativo, pero pueden ser una espada de dos filos. Sundberg, Tyler y Taplin (1973, p. 428) a partir de las respuestas que un grupo de psicólogos dieron en una encuesta hacen notar, que el psicólogo administrador tiene la ventaja "de tener sensibilidad en las diferencias personales, ser conciente de las fuerzas sociales y psicológicas, ser objetivo y tener habilidad para lograr una buena comunicación, una buena selección y una buena evaluación". Pero estas mismas cualidades pueden provocar problemas, por "la tendencia a sobreanalizar a las personas, exagerar la importancia de los datos empiricos en la toma de decisiones, provocar conflictos por no saber distinguir entre ayudar y controlar, y por la carencia de algunas habilidades básicas para organizar una institución".

Si se puede afirmar que en los programas de estudio de los psicólogos se descuida la función pedagógica que van a desempeñar, con mayor razón se puede decir de sus futuras funciones administrativas. Los psicólogos clínicos pueden llegar a ser buenos administradores, pero esto se debe más bien a aptitudes personales o a las experiencias que se han ido acumulando a lo largo de la vida, que a lo que aprendieron en la facultad.

Distribución de los psicólogos por funciones

Como ya dijimos antes, no todos los psicólogos se dedican a las seis funciones de las que hemos venido hablando. Hay quienes se dedican en forma casi exclusiva a un solo tipo de actividad, mientras que otros se dedican a varias. Para muchos psicólogos clínicos, la posibilidad de distribuir su tiempo entre varias actividades es uno de los aspectos más importantes de su carrera, y los resultados de varias encuestas realizadas durante los últimos veinte años forman un modelo de actividad bastante definido. Desafortunadamente, cada encuesta investiga la actividad de los psicólogos de distinta manera, pero aun así se puede tener una imagen de las múltiples tareas a la que se dedican (véase tabla 1-1).

Garfield y Kurtz (1976) y Kelly (1961) encontraron que más del 50% de los psicólogos encuestados tenían dos trabajos y algunos tenían tres o más. Incluso quienes tenían un solo trabajo, se dedicaban a muchas actividades en ese único trabajo (Goldschmit, Stein, Wiessman & Sorrels, 1969). La tabla 1-2 muestra cómo los psicólogos clínicos tienen la tendencia a utilizar su tiempo más en servicios que en hacer investigación. En confirmación de esto, Garfield y Kurtz (1976) encontraron que el 58.7% de sus encuestados se identificaban a sí mismos fundamentalmente como psicólogos practicantes, mientras que sólo el 4.7% se consideraban a sí mismos como investigadores. Aunque gran parte de los psicólogos clínicos dedican algún tiempo a la investigación, estos datos y otros semejantes, están causan-

Tabla 1-1 Distribución de las funciones clínicas

Función	Kelly (1961)*	Goldschmid et al. (1969)t	Cuca (1975) t	Garfield y Kurtz (1976)1
Evaluación	**50%**	34%	**49%**	**9.8%**
Tratamiento	**54%**			31.8%
Investigación	**25%**	12%	**8%**	10.8%
Enseñanza	**25%**	15%	**14%**	24.3%
Consultoría		3%	Incluidos en el porcentaje	**5.2%**
Administración	**5%**	6%	13%	13.2%
Otros		No incluidos	1%	**4.8%**

*Porcentajes hechos sobre 1024 psicólogos clínicos que dedican al menos "algún tiempo" a cada actividad,
† Porcentajes de 241 psicólogos clínicos que pasaban al menos la tercera parte de su actividad en cada actividad,
‡ Porcentajes de 8447 encuestados que se dedicaban en cada actividad. Las sumas no dan 100%, porque varios psicólogos no respondieron.
§ Porcentajes de tiempo dedicado a cada actividad por 855 psicólogos clínicos.

do cierta preocupación, porque parece indicar que los psicólogos clínicos están abandonando la investigación, campo en el que habían tenido siempre gran participación. En lo que se refiere a las actividades de servicio, se nota una tendencia creciente a dedicarse al tratamiento, abandonando cada vez más la evaluación (Garfield y Kurtz, 1976; Kelly, 1961). En los capítulos siguientes veremos cuáles son las causas de estos cambios.

Ambientes en los que trabaja el psicólogo clínico

Hubo un tiempo en que los psicólogos clínicos trabajaban en un solo tipo de instituciones: las clínicas infantiles o los centros de orientación. Pero la realidad histórica ha cambiado (véase Cap. 2 y 12), y hoy en día, como los círculos concéntricos que provocan la caída de una piedra en un estanque, los ambientes en que trabajan los psicólogos se han ido expandiendo en todas direcciones. En las secciones anteriores, ya hemos aludido a los distintos medios en que se hace trabajo clínico, pero ha llegado el momento de hacerlo en forma explícita, presentando algunos datos sobre la distribución de la actividad de los psicólogos clínicos.

Hoy se encuentran psicólogos clínicos en los departamentos de Psicología de facultades y universidades, en hospitales médicos y psiquiátricos públicos y privados, en clínicas de salud mental municipales y privadas, en centros comunitarios de salud mental, en centros de salud y de asesoramiento para estudiantes, en facultades de Medicina, en el ejército, en clínicas psicológicas universitarias, en centros de tratamiento infantil, en escuelas públicas y privadas, en instituciones para retrasados mentales, en prisiones, en correccionales, en negocios e industrias, en departamentos que controlan la libertad condicionada, en centros de rehabilitación de inválidos, en asilos y otras instituciones para ancianos, en orfanatos, en centros de tratamiento para alcohólicos, y en muchos lugares más. Además, un número importante de psicólogos clínicos trabajan en forma independiente, dando consulta de tiempo completo o de medio tiempo. Es casi imposible determinar la proporción de psicólogos clínicos que trabajan en todos los ambientes que

Tabla 1-2 Porcentajes de psicólogos clínicos con trabajos en distintos ambientes

Tipo	Kelly (1961) (N = 1024)	Goldschmid et al. (1969) (N = 241)	Cuca (1975a) (N = 8447)	Garfield y Kurtz (1976) (N = 855)
Actividades académicas	20%	17%	38%	29%
Servicio directo*	50%	28%	†	35%
Investigación	‡	‡	†	‡
Instituciones comunitarias	‡	16%	†	†
Escuelas	3%	‡	†	†
Práctica privada	17%	28%	†	23.3%
Industria	3%	‡	†	†
Ejército	1.5%	‡	†	†
Otros	5.5%	11%	61%	12.7%

*Se incluyen hospitales, clinicas, escuelas de medicina, centros de salud mental, etc.
†Se incluyen en "otros".
‡ No se Incluyen.

acabamos de enumerar, en parte se debe a una evolución permanente y a que continuamente aparecen nuevos lugares de trabajo. (Woods, 1976.) En las encuestas de las que hablamos antes, se hacía la pregunta. En la tabla 1-2 se encuentra el resumen de las respuestas, pero más bien en términos de grandes grupos de trabajo que de ocupaciones específicas. Como ya dijimos antes, no es fácil hacer el resumen de los resultados, porque cada encuesta tiene un sistema distinto para catalogar los distintos trabajos. A pesar de todo, se puede decir que el servicio directo (hospitales y clínicas) es el que ocupa el mayor porcentaje de psicólogos clínicos (sobre todo si se consideran en esta categoría las organizaciones sociales), seguido por las instituciones académicas, estando en último lugar la práctica privada.

La mayor parte de los psicólogos clínicos ocupan su tiempo al menos en dos actividades. Si tenemos en cuenta este hecho, resulta interesante constatar que cerca del 70% de los encuestados trabajan en servicio directo a pacientes, 40% trabajan al menos una parte de su tiempo, en facultades y universidades y alrededor del 50% tienen práctica privada (Garfield y Kurtz, 1976; Kelly, 1961).[3] Debido a esta amplitud de campos de acción, los psicólogos clínicos pueden encontrar trabajo con facilidad, incluso cuando el panorama resulta menos alagüeño para los psicólogos de otras especialidades. (Cuca, 1975b.)

[3]Este porcentaje va en aumento (Gottfredson y Dyer, 1978) lo que se debe, al menos en parte, a !as ventajas económicas que significa. Dos encuestas (Boneau, 1974; Gottfredson y Dyer, 1978) mostraron que los ingresos de un psicólogo clínico que se dedica tiempo completo a la práctica privada están entre los 18 000 y los 55 000 dólares (con una media de 32 000), mientras que los ingresos de los psicólogos clínicos que se dedican a otras actividades están entre los 14 000 y los 35 000 dólares (con una medida de 25 500).

Los clientes y sus problemas

Los psicólogos clínicos están al servicio de cualquier tipo de personas. Aunque es cierto que la mayor parte trabaja con adultos (Kelly, 1961), su clientela está formada por personas de todas las edades. Independientemente de la edad, las personas atendidas por el psicólogo clínico, pueden ser retrasados mentales, inválidos o internados en hospitales de salud mental o de otras especialidades. El contacto entre el psicólogo y el paciente puede ser provocado explícitamente por éste o por su familia, puede ser el resultado de orden de un juzgado, o puede ocasionarse en forma más o menos accidental, por encontrarse el psicólogo en servicio en el pabellón, la escuela o la comunidad en la que está el paciente.

Ya consideramos los problemas que el psicólogo clínico puede encontrar cuando desempeña actividades de maestro, investigador, consultor o administrador. Ahora vamos a tratar los que se le presentan en las áreas de evaluación y del tratamiento de los pacientes. Los problemas de los clientes con frecuencia son muy complejos, resultado de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que el psicólogo, no puede trabajar solo. En ocasiones es necesario referir al paciente a otros profesionalistas (psiquiatra o trabajadora social), o manejarlo en su evaluación y tratamiento con un equipo de especialistas de varios campos.

Dependiendo de su entrenamiento, de sus intereses, y de su experiencia, el psicólogo clínico puede tratar una multitud de problemas, desacuerdos familiares, alcoholismo, problemas de aprendizaje, dislalias, insatisfacción de la fun-



Bueno, ¿cuál es el problema?

ción o de la orientación sexual, delincuencia juvenil, depresiones, niños que se muerden las uñas, enfermedades psicosomáticas, relaciones familiares conflictivas, abusos en la comida, conductas criminales, orinarse en la cama. La lista podría continuarse en forma indefinida, pero con esta enumeración es posible darse cuenta de lo que queremos decir. Dependiendo de los límites de su capacidad, los psicólogos clínicos (en forma individual o en equipo con otros profesionistas) pueden trabajar casi en cualquier problema de conducta humana. Cuando un cliente se queja de alguna molestia insólita (como podrían ser rechinar los dientes, vómitos continuos, sonambulismo, tos crónica, comezón con inflamaciones, hipnosis de carretera, miedo a los globos) la evaluación y el tratamiento con frecuencia son ya "rutinarios": casi nunca se abandona un caso *apriori,* a menos que el psicólogo esté seguro de que no es de su campo.

Horario de trabajo. Ejemplos específicos

Queremos ahora resumir lo que hemos dicho sobre las funciones del psicólogo clínico, los ambientes en que trabaja, los pacientes que trata y los problemas que enfrenta dando algunos ejemplos.

Un día en la vida de un maestro. En la vida de un psicólogo clínico que trabaja en una universidad están presentes las seis funciones de las que hemos hablado, por lo que resulta interesante examinar cómo reparte su día. El horario que presenta el cuadro 1-2 incluye lo que un psicólogo clínico-profesor debe hacer en el curso de un mes, dejando fuera muchos pequeños detalles (como llamadas telefónicas u otras interrupciones). Si cada día de la vida del psicólogo fuera como la describe el cuadro, no podría sobrevivir una semana. Pero, hay días que *sí son así,* lo que puede llevar al psicólogo a preguntarse a veces si no hubiera sido preferible ganarse la vida de otro modo.

El trabajo de otros psicólogos clínicos. Harrower (1961) pidió a 70 psicólogos clínicos de la ciudad de Nueva York, le hicieran un horario de un día o de una semana de sus actividades. A continuación presentamos una versión combinada de sus respuestas, que muestra la multiplicidad de ocupaciones a las que se dedican los psicólogos clínicos, aparte de la actividad académica. (Harrower, 1965, págs. 1449-1454):

1. Trabajo ocho horas por semana en una institución privada impartiendo seminarios a colegas psicólogos y a estudiantes de siquiatría y de trabajo social. También aplico, durante varias horas a la semana, pruebas a niños de dos agencias de adopción. El resto de mi tiempo lo dedico al diagnóstico y la terapia privados.
2. Dedico dos tardes y una noche a la clínica de una comunidad. En una dirijo un programa de terapia de grupo. En la otra coordino y superviso un programa de . terapia de grupo. Doy clases en la universidad de la localidad, entre seis y ocho horas por semana. Dedico tres tardes y tres mañanas de la semana a la terapia individual y de grupo en mi consultorio.
3. Mi práctica privada se reduce exclusivamente a la evaluación. Acepto nuevos pacientes en la inteligencia de que si es necesario les daré recomendación para que vayan a ver a un terapeuta. Veo unos seis pacientes por semana. Dedico las

tres cuartas partes de mi tiempo a la enseñanza y a la formación (seis horas de clase y seminarios con residentes psiquiatras y psicólogos, y con colegas). Mis actividades externas consisten en consultas con AV, en pláticas y en tomar parte en las actividades de mi comunidad, en consejos y comités.

4. Mi cargo de supervisor en el hospital con que he estado relacionado durante toda mi carrera, ocupa la mayor parte de mi tiempo en los días centrales de la semana. Dedico unas quince horas a la semana a la práctica privada: terapia y consultas ocasionales.

5. La mayor parte de mi trabajo consiste en terapias prolongadas. Trabajo de lunes a viernes, de nueve a seis, con algunas variantes. Una noche por semana doy un curso de Psicología de pregrado, y otra atiendo a un grupo en terapia. Estoy en la facultad unas cuatro horas diarias, en trabajo administrativo y asesoría, y atiendo a pacientes particulares, más o menos otras cuatro horas.

6. Dos veces por semana trabajo como consultor de dos agencias importantes (pruebas, entrevistas, análisis de los expedientes del personal). Otro día me dedico a hacer investigación en un proyecto de orientación vocacional para alcohólicos. El resto de mi tiempo lo dedico a hacer diagnósticos, entrevistas o asesoría psicológica.

Cuadro 1-2 Horario de un psicólogo clínico que se dedique a actividades académicas

7:30- 7:45	Desayuno
8:00- 8:30	Llegada a la oficina; revisión de un manuscrito para ser publicado en una revista de psicología clínica
8:30- 8:50	Repaso de apuntes para la clase de Psicología anormal
9:00- 9:50	Clase de Psicología anormal
9:50-10:15	Discutir la clase y el material de la misma con los alumnos
10:20-10:30	Leer la correspondencia
10:30-11:30	Junta con el comité de admisión para estudios de postgrado
11:30-12:00	Entrevista con un estudiante para discutir el tema de su tesis
12:00- 1:00	Comida
1.00- 2:00	Hora de oficina (discutir temas de clase con los alumnos de Psicología anormal; si nadie se presenta, leer revistas)
2:00- 2:30	Reunión con el ayudante de investigación para discutir los planes del experimento para la semana siguiente
2:30-2:45	Como presidente del comité del departamento de estudios de pregrado, revisar los proyectos de planes de estudio para discutir en la próxima reunión
2:45- 3:00	Entrevista con el director de la clínica de salud mental del municipio, para saber qué posibilidades hay de que actúe como consultor en un programa de evaluación
3:00- 4:00	Escuchar la grabación de la entrevista de un practicante con un nuevo paciente
4:00- 6:00	Supervisión en grupo de los practicantes
6:00- 7:00	Cena
7:00- 7:30	Calificar la prueba aplicada a un paciente unos días antes
7:30- 8:30	Entrevista con un paciente
8:30- 8:45	Escribir notas de la entrevista
8:45-10:00	Trabajar el borrador dé un artículo en el que se informa los resultados del proyecto de investigación que se acaba de terminar

7. La atención de mis pacientes ocupa unas cuantas horas de mi semana. Un 40% de ese tiempo doy consulta a niños y adolescentes, el resto a personas adultas. Las quince o veinte horas restantes las dedico a trabajo administrativo e investigación.

8. Trabajo medio tiempo como consultor de la United Epilepsy Association, director de programa (administración y planeación de educación popular y programación de servicios a la comunidad en casos de la epilepsia). Práctica particular exclusivamente de psicoterapia.

9. Dedico unas veinte horas por semana a la terapia y entre diez y veinte a aplicar pruebas, evaluarlas y a escribir los informes. Unas cinco horas de consulta; generalmente los padres de familias, para hablar del diagnóstico de sus hijos pequeños o adolescentes. Unas cinco horas semanales de investigación y consulta para organizaciones externas. Aproximadamente unas doce horas en una clínica pública. El resto de mi tiempo lo dedico a una investigación sobre psicoterapia de la delincuencia, tratando al mismo tiempo, de desarrollar un instituto que dé entrenamiento en este campo.

10. Administro y superviso un departamento de Psicología en un hospital; doy consultas particulares de evaluación y terapia; dirijo dos seminarios de terapia; doy consultas y ensayos para dos proyectos de investigación; veo un promedio de cuatro a cinco pacientes cuatro tardes a la semana en un consultorio particular; administro un programa de enseñanza de Psicología clínica para estudiantes de Medicina; doy una conferencia semanal a los residentes de psiquiatría.

11. Soy director y psicólogo clínico de una clínica de diagnóstico para retrasados mentales. 20% de mi tiempo lo dedico a la evaluación, 10% a aconsejar a los padres de familia, 70% en la administración y supervisión. Unas 10 horas por semana tengo práctica particular (evaluación y terapia).

12. Tres días completos, el sábado en la mañana y dos noches, los dedico a ver pacientes. El resto de mi tiempo lo dedico a dirigir un proyecto de investigación en el que soy el investigador principal. Ocasionalmente doy consulta en clínicas o en mi casa a niños con problemas.

13. Atiendo a unos treinta pacientes a la semana, sobre problemas conyugales, dedicando a cada uno entre una y dos horas. Además, doy una o dos clases por se mana de preparación para el matrimonio, y dirijo seminarios de ministros o líderes de comunidad sobre asesoría psicológica conyugal y educación sexual.

14. Dedico tres mañanas a la semana a enseñar en dos escuelas particulares. En una soy el "coordinador" del departamento de orientación interdisciplinaria, en la otra soy consultor (de los maestros y padres de familia) para los problemas de los alumnos. El resto de mi tiempo lo dedico a terapia de adultos.

En parte la experiencia y el interés de cada psicólogo, en parte factores sociales más generales determinan los pacientes, las instituciones y las funciones de los ejemplos que acabamos de dar. Por ejemplo, no sería posible que un psicólogo trabajara en un centro de salud mental de una comunidad o en un hospital AV, sin que previamente hubiera una legislación fundadora de esos centros. De igual manera, gran parte de la investigación clínica depende de fondos otorgados por agencias federales como la NIMH, cuya existencia depende siempre de las asignaciones aprobadas por el Congreso. La posibilidad de trabajar en varios campos o con determinado tipo de pacientes depende de la manera como ven la cosa otros profesionistas y el gran público. Si nadie confiara en la capacidad de los psicólogos clínicos para hacer pruebas o para aplicar una terapia eficaz a los

adultos, rápidamente esta función desaparecería. Con esto queremos decir que el estado actual y el futuro desarrollo de la Psicología clínica dependen en buena parte de la sociedad en la que está funcionando. La historia de la Psicología clínica, objeto del siguiente capítulo, confirma esta afirmación.

Capítulo **2**

Antecedentes de la Psicología clínica

Para quienes nacieron después de la Segunda Guerra Mundial, la Psicología clínica es una materia académica, una ciencia o una profesión tan conocida, como pueden serlo el plástico o la televisión. Por tanto, pueden llegar a pensar que este campo de la Psicología siempre ha existido; pero esto es una equivocación, ya que la Psicología clínica, tal como la describimos en el capítulo primero, es hija de la postguerra tanto como las envolturas de plástico o las antenas de televisión. Este campo de la Psicología es joven y, como cualquier adolescente, está lleno de conflictos y de inquietudes sobre su identidad y sobre su actuación para seguirse desarrollando; pero, al mismo tiempo, la Psicología clínica es antigua, porque sus raíces se hunden en los tiempos en que todavía nadie hablaba de ella, y en los años anteriores a la guerra en que comenzó a presentarse en forma embrionaria.

Así, a pesar de las apariencias, la Psicología clínica no nació hace mucho tiempo "en su estado adulto de la frente de Marte" (Hunt, 1956, p. 79), como ningún cliente comienza a existir en el momento en que por primera vez va a consulta con el psicólogo clínico buscando ayuda para un problema. Pero, de la misma manera que es más fácil entender los problemas de un paciente cuando se conocen sus antecedentes sociales, culturales, educativos y vocacionales, del mismo modo es más fácil entender la realidad actual, los nuevos desarrollos y los problemas de la Psicología clínica cuando se conocen sus antecedentes históricos. El objetivo de este capítulo es, precisamente, pasar revista a esos antecedentes, comenzando por los

Cuadro 2-1 Algunas fechas y acontecimientos importantes de'la historia de la Psicología clínica

1879	Wilhelm Wundt organiza el primer laboratorio de Psicología en la Universidad de Leipzig.
1885	Sir Francis Galton organiza el primer centro de pruebas mentales en el South Kensington Museum de Londres.
1890	James McKeen Cattell acuña el término "pruebas mentales".
1892	Se funda la American Psychological Association APA (su primer presidente; G. Stanley Hall).
1895	Breuer y Freud publican sus *Estudios sobre la histeria.*
1896	Lightner Witmer funda la primera clínica psicológica, en la Universidad de Pennsylvania
1905	Se publican en Francia las escalas de inteligencia Binet-Simon.
	Freud publica sus *Tres ensayos sobre la Teoría de la sexualidad.*
1907	Witmer funda la primera revista de Psicología clínica: *Psychological Clinic.*
1908	Vineland Training School ofrece el primer internado clínico.
1909	William Healy funda en Chicago el primer centro de orientación infantil, el Juvenile Psychopatic Institute.
	Se funda el National Committee for Mental Hygiene.
	Freud da conferencias en Clark University.
1910	Se publica la traducción inglesa de Goddard de la revisión de 1908 de la escala de inteligencia Binet-Simon.
1912	J.B. Watson publica *Psychology as a Behaviorist Vlews It.*
1916	Se publican las pruebas de inteligencia Stanford-Binet de Terman.
1917	Los psicólogos clínicos se separan de la APA y forman la American Association of Clinical Psychology (AACP).
1919	La AACP se une otra vez a la APA, formando una sección de clínicos.
1920	Watson y Rayner demuestran que el miedo de un niño puede ser resultado de un aprendizaje.
1921	James McKeen Cattell forma la Psychological Corporation.
1924	David Levy introduce el Rorschach en Estados Unidos.
	Mary Cover Jones emplea principios de pedagogía para eliminar los temores infantiles.
1931	La sección clínica del APA nombra una comisión para normalizar los programas de formación clínica.
1935	Se publica la prueba de Murray de apercepción temática (TAT).
1936	Louttit pública el primer texto de Psicología clínica: *Clinical Psychology.*
1937	La sección clínica de la APA se separa y forma la American Association for Applied Psychology (AAAP).
1938	Se publica el primer *Mental Measurement Yearbook* de Buros.
1939	Se publica la prueba de inteligencia Wechsler-Bellevue.
1942	Cari Rogers publica *Counseling and Psychoterapy.*
1943	Se publica el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).
1945	El AAAP se une nuevamente al APA.
1946	La Veterans Administration y el National Institute for Mental Health comienzan a dar apoyo a la formación de psicólogos clínicos.
1947	Se organiza la American Board of Examiners in Professional Psychology.
1949	Tiene lugar la convención de formación de Psicología clínica en Boulder, Colorado.
1953	Se publican los *Ethical Standards for Psychologists* de la APA.
1956	Convención sobre formación de Stanford.
1958	Convención sobre formación de Miami.
	Joseph Wolpe publica su *Psychotherapy by Reciprocal Inhibitlon.*
1965	Convención sobre formación de Chicago.
1973	Convención sobre formación dq Vail, Colorado.

Tabla 2-1 Algunos datos sobre el crecimiento de la Psicología clínica

Año	Miembros en el APA	Miembros en la división clínica de APA*	Programas de formación aprobados por APA †	Programas de formación clínica que reciben fondos federales	Leyes estatales que reconocen a los psicólogos
1892	31				
1900	100				
1910	222				
1918	375				
1930	1100				
1940	3000				
1947	4661	787	22	19	2
1951	8554	1289	38	40	5
1953	10903	1450	41	43	7
1955	13475	1711	43	46	9
1957	15545	1907	47	49	13
1959	17448	2269	56	53	14
1961	18948	2466	60	59	17
1963	20989	2740	61	58	24
1966	24473	3048	68	73	30
1970	29446	3662	73	78	42
1973	35254	3870	83	70	46
1976	42028	4159	101	78	47
1977	44650	4313	103	81	50
1978	46891	4337	103	83	50

* Muchos psicólogos miembros de APA que se dedican a funciones clinicas pueden no ser miembros de esa división.
† Todos son programas de doctorado.

factores que mayor influencia tuvieron en el nacimiento formal de la Psicología clínica en 1896, prosiguiendo con el crecimiento de este campo hasta la fecha. Muchos datos que vamos a mencionar aquí, están tomados de Reisman (1966) y de Watson (1953). Referimos a estos autores a quienes deseen conocer más ampliamente los aspectos históricos de la Psicología clínica.

El cuadro 2-1 es una cronología general de la Psicología clínica y la tabla 2-1 muestra cómo han ido creciendo algunos aspectos de la Psicología clínica.

RAICES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

¿Por qué los psicólogos clínicos utilizan tanto la evaluación? ¿Cómo se desarrolló la investigación en Psicología clínica? ¿Por qué solamente hasta después de la Segunda Guerra Mundial se popularizó la Psicología clínica? ¿Qué explica el número relativamente pequeño de psicólogos clínicos que dedican tiempo completo a la práctica privada de la profesión?

Para poder responder a estas y a otras preguntas semejantes y, de hecho, para poder explicar la Psicología clínica moderna, se deben tomar en consideración tres grupos de hechos históricos y sociales que dieron a este campo sus caracterís-

ticas iniciales y que, aun hoy, siguen teniendo influencia. Estos son: 1) la manera como se han utilizado los métodos científicos en la Psicología, 2) la manera como se ha ido desarrollando el interés por las diferencias individuales de los seres humanos, y 3) la manera como se han visto los problemas de la conducta y la actitud que se ha tenido ante ellos a través de los años. Los dos últimos grupos de factores han determinado en buena parte *lo que* hacen (y lo que no hacen) los psicólogos clínicos, mientras que el primer grupo ha definido *cómo* lo hacen.

La investigación en Psicología

Rebasa los límites de este capítulo el intentar hacer una historia de la Psicología, cosa que, por otro lado, ya ha sido intentada de manera admirable (p.e. Boring, 1950; Hilgard, 1978; Watson, 1963). El aspecto más importante que debemos considerar aquí es, que desde los inicios de la Psicofísica de Fechner y Weber, la Fisiología experimental de Helmholtz y los trabajos del primer "verdadero" psicólogo, Wilhelm Wundt, en el siglo XIX se intentó establecer la psicología como una *ciencia* que utilizaba los mismos métodos y procedimientos de investigación que las otras ciencias naturales como la Biología y laPísica. Aunque las raíces históricas de la Psicología estaban en la Filosofía, y aunque muchos de los primeros psicólogos se preocupaban por problemas filosóficos como el de las relaciones entre espíritu y cuerpo, esta disciplina enfocó estos y otros aspectos de la conducta humana por medio de investigaciones, utilizando como método las armas poderosas de la ciencia: la observación y la experimentación. Así, la historia original de la Psicología, que comienza "oficialmente" con el laboratorio de Psicología de Wundt en la Universidad de Leipzig, en 1879, se identifica con la historia de la Psicología *experimental.*

En el momento en que comenzó a surgir la Psicología clínica, unos 17 años después de que Wundt fundara su laboratorio, ya estaba establecida la tradición de la investigación experimental para la Psicología. En ese momento yá había laboratorios de Psicología en la mayor parte de las Universidades de Europa y de Estados Unidos, y los psicólogos de aquel tiempo estaban muy ocupados experimentando las sensaciones, la percepción, la memoria, la asociación, las emociones, los tiempos de las reacciones y muchos otros aspectos de la conducta humana. Resultó espontáneo que los primeros psicólogos clínicos, con formación de psicólogos, habituados ya a pensar como científicos y a usar los métodos de laboratorio, utilizaran estos sistemas en los problemas clínicos. El éxito obtenido fue irregular, pero la tradición de investigación qué aportaron quedó establecida y fue creciendo en el nuevo campo hasta él día en que la Psicología clínica fue aceptada como una profesión cuyos expertos investigan y valoran los conocimientos que se van adquiriendo en los aspectos clínicos de la conducta humana y en los modos como puede cambiar el comportamiento.

La tradición de investigación presente en la Psicología ha llevado siempre a los psicólogos clínicos a investigar experimentalmente la precisión y el valor de su trabajo. Desde el principio, los psicólogos clínicos han usado los métodos de laboratorio para hacer la evaluación de lo que están haciendo. Estas investigaciones han aumentado paulatinamente la popularidad de que goza la Psicología clínica,

al ir descubriendo la utilidad de esta especialidad. La tendencia que tienen los psicólogos clínicos a realizar evaluaciones a fondo, los ha llevado a la investigación de los mismos métodos que emplean; como muchos otros psicólogos, también ellos investigan con frecuencia con qué eficacia están llevando a cabo sus investigaciones.

Hay quienes afirman que el lazo más fuerte que une a la Psicología clínica con la Psicología general es la orientación y la pericia en la investigación en la que los psicólogos clínicos basan su reputación. Si ese lazo se debe mantener, intensificar o disminuir en la formación y en las actividades diarias de los psicólogos clínicos es una de las cuestiones más debatidas hoy en día. Más adelante lo veremos en detalle.

En pocas palabras; la tradición de investigación de la Psicología experimental ha servido para el refinamiento de la Psicología clínica; le ha suministrado su metodología, ha provocado la evaluación empírica de las funciones de la Psicología clínica, y su discusión ha formado en los psicólogos clínicos una sana actitud de autoanálisis.

El interés por las diferencias individuales

Como la Psicología clínica se ocupa de casos concretos, no pudo aparecer como especialidad hasta que se reconocieron las diferencias existentes entre los seres humanos y hasta que esas diferencias se comenzaron a medir. No podía haber gran impulso para estudiar los casos particulares en un mundo en el que se pensaba que todos éramos más o menos iguales. Ahora nos parece "natural" aceptar que cada persona es hasta cierto punto única, con intereses, capacidades, inteligencia y personalidad diferentes de los demás, pero esta postura es relativamente reciente.

Siempre se habían admitido ciertas diferencias entre los seres humanos y, en algunos casos, se había intentado tomarlas en cuenta. Platón, en su *República* ya decía que las personas debían desempeñar el trabajo para el que tuvieran mayores aptitudes y, concretamente, recomendaba que, antes de aceptar en el ejército a los candidatos, debían probarse para saber si eran capaces de hacer la guerra. DuBois (1970) y McReynolds (1975) hacen relatos fascinantes de los métodos usados por Pitágoras (siglo VI a.C.) para escoger a los miembros de su hermandad, basándose en características faciales, de inteligencia y de emotividad; y también describen el sistema chino, con 4000 años de existencia, utilizado para conocer las habilidades de los posibles candidatos a puestos gubernamentales. La conciencia de la existencia y de la importancia potencial de las características individuales se puede seguir a través de los siglos siguientes, pero no es sino hasta los inicios del siglo XIX cuando comienza a adquirir importancia la atención cuidadosa y sistemática de las sutiles diferencias psicológicas existentes entre los individuos. Hasta entonces, se clasificaba a todas las personas en unas cuantas categorías: hombre-mujer, bueno-malo, en su sano juicio-loco, sabio-tonto, campesino-aristócrata.

Los primeros desarrollos de medición científica de las diferencias entre individuos provienen de dos fuentes por demás heterogéneas: la astronomía y la anatomía. La anécdota en astronomía es la siguiente: En 1796, Nevil Maskelyne era el astrónomo real del observatorio de Greenwich (Inglaterra). Tenía un asistente

llamado Kinnebrook, cuyos registros de los momentos en que varias estrellas o planetas cruzaban por un determinado punto del firmamento diferían de los de su jefe, por pequeñas pero importantes cantidades que iban de cinco a ocho décimas de segundo. La estructura de poder de ese tiempo era bastante similar a la de nuestros días, por lo que Maskelyne estaba seguro de que sus observaciones eran correctas y las de Kinnebrook eran erróneas. El resultado fue el que tenía que ser: Kinnebrook perdió su trabajo.

Este incidente no hubieran tenido consecuencias, a no ser porque se mencionó en una historia del Observatorio de Greenwich que se publicó en 1816. El hecho llamó la atención de F.W. Bessel, un astrónomo del Observatorio de la Universidad de Kónisberg (Alemania). Beseel, se preguntó si los "errores" de Kinnebrook no podrían explicarse por las características de los observadores, por lo que durante los años siguientes, se dedicó a comparar sus propias observaciones con las de otros astrónomos experimentados. Bessel constató que aparecían diferencias regulares y que la importancia de las mismas dependía de la persona con la que comparaba sus propios resultados. Las diferencias o errores de cada individuo se comenzaron a conocer como la "ecuación personal", puesto que las correcciones se tenían que basar en las características personales de cada astrónomo. El trabajo de Bessel llevó más tarde a investigaciones psicológicas sobre la velocidad y las diferencias individuales en el tiempo de las reacciones.

La segunda fuente del interés inicial por las variaciones entre los individuos fue el estudio de la frenología, que apareció por primera vez en Europa, en los inicios del siglo xix, con los trabajos del anatomista Franz Gall y de su discípulo Johann Spurzheim. Más tarde, Spurzheim y dos escoceses discípulos suyos, George y Andrew Combe, llevaron la nueva "ciencia" a Estados Unidos. En su infancia, en Alemania, Gall pensaba encontrar relaciones entre la forma de la cabeza de sus compañeros y sus características mentales. Esta idea le sirvió más adelante, para establecer los principios de la frenología, en la que se supone: 1) que cada área del cerebro está relacionado con una facultad o función (como el aprecio de sí mismo, el lenguaje o la reverencia), 2) que cuanto más desarrollada está el área, tanto más se manifiesta la función en el comportamiento, y 3) que el mayor o menor desarrollo de cada facultad se puede determinar por las protuberancias o depresiones del cráneo.

Aunque la teoría de Gall era parcialmente correcta (el cerebro representa el papel principal en la determinación del comportamiento, y sus funciones están hasta cierta medida localizadas) tenía muchos errores. Las conclusiones a las que llegó y los procedimientos que utilizaba provocaron el desprecio de los científicos de su tiempo. A pesar de todo, Gall hizo viajes por toda Europa, midiendo las protuberancias de los cráneos de muchas personas. Empezó con presos o con enfermos mentales cuyas características de comportamiento estaban bastante bien establecidas (pensaba que la protuberancia de la "adquisitividad" estaba particularmente desarrollada en los carteristas). Pero, más tarde, con la influencia de Spurzheim, se comenzó a aplicar la Frenología a capas más respetables de la población, desarrollándose un mapa de los treinta y siete "poderes" u' 'órganos" de la mente (Fig. 2-1).

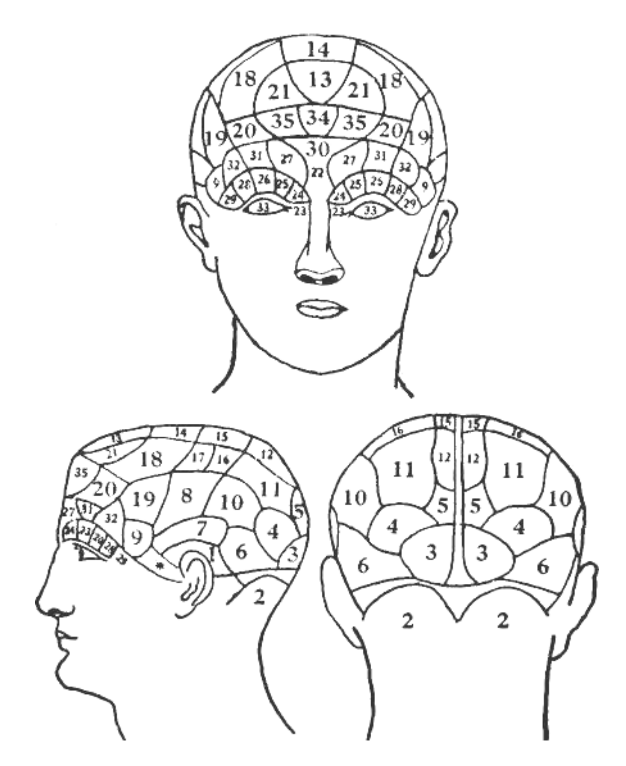


Figura 2.1 Mapa frenológico de Spurzheim. (Tomado de *Edwin G. Boring,* A History of Experimental Psychology, *2a. Ed. ©. 1950, p. 55. Reimpreso con autorización de Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.)*

FACULTADES AFECTIVAS		FACULTADES INTELECTUALES	
Propensiones	Sentimientos	Perceptivas	Reflexivas
? Deseo de vivir	10 Precaución	22 Individualidad	34 Comparación
* Alimentación	11 Aprobación	23 Configuración	35 Casualidad
1 Destructividad	12 Aprecio personal	24 Tamaño	
2 Amatividad	13 Benevolencia	25 Peso y resistencia	
3 Filoprogenia	14 Reverencia	26 Color	
4 Adhesividad	15 Firmeza	27 Localización	
5 Inhabilividad	16 Conciencia	28 Orden	
6 Combatividad	17 Esperanza	29 Cálculo	
7 Secretidad	18 Capacidad de maravillarse	30 Eventualidad	
8 Adquisitividad	19 Idealismo	31 Tiempo	
9 Constructividad	20 Alegría	32 Tono	
	21 Imitación	33 Lenguaje	

La importancia que tuvo para la Psicología clínica la Frenología, cuando cayó en total descrédito, no fue su valor o sus errores, sino su orientación para evaluar las características individuales. Su método sistemático y su cruda taxonomía o clasificación de los rasgos humanos la hicieron famosa (McReynolds, 1975). Gall, Spurzheim y los frenólogos que los siguieron se especializaron en "palpar"

cabezas, manifestando después a los interesados su perfil mental. Este procedimiento puede ser el origen de la expresión "ya le examinaron la cabeza" y es la anticipación de uno de los objetivos (aunque no de los procedimientos) del diagnóstico de la Psicología clínica.

A pesar del fracaso de la Frenología, la idea de medir las características mentales o de comportamiento, por medio de mediciones físicas, no desapareció inmediatamente. Sobrevivió en los trabajos de Cesare Lombroso (1876), un psiquiatra italiano que relacionaba las características faciales con la conducta criminal, y, ya en el siglo XX, en los sistemas de tipo corporal de Ernst Kretschmer y William Sheldon. Hoy día, los científicos no toman en serio estas teorías, que forman parte de nuestro folklore.

La anécdota de Kinnebrook y la aparición de la Frenología fueron muy importantes para descubrir la posible importancia de las diferencias personales y para aprender a medirlas, pero no fue sino hasta fines del siglo xix cuando comenzaron a aparecer los procedimientos que llegarían a formar las bases de diagnóstico de la Psicología clínica. Estos procedimientos eran muy diferentes de los que hemos visto hasta aquí, porque, en vez de medir dimensiones físicas y observar las diferencias de comportamiento de unos cuantos individuos muy seleccionados, consistían en recopilar en forma sistemática *muestras de comportamiento* de grupos relativamente numerosos de personas, como respuesta a una serie normalizada de estímulos. Estas muestras de comportamiento se usaron en un primer momento como enunciados generales de las características mentales individuales, pero, después, en la medida en que fue creciendo la complejidad de la estadística, sirvieron para establecer normas grupales, a partir de las cuales se pudo calificar cuantitativamente a las personas. Hacia 1890, estos procedimientos ya se llamaban *pruebas mentales*, pero para conocer su origen es necesario remontarse unos treinta años.

En 1859, Charles Darwin publicó su importante trabajo, *El origen de las especies*, en el que insistía en la importancia de dos ideas: 1) la variación de las características individuales en el interior de y entre las especies (incluyendo a los humanos) y 2) la importancia de la selección natural basada en parte en estas características individuales. El primo de Darwin, sir Francis Galton quedó fascinado con estas ideas. Galton era un rico caballero-científico inglés, que aunque nunca tuvo ningún puesto académico, hizo contribuciones importantes para los conocimientos de varias ciencias. Estudió Medicina y Matemáticas y trabajó después en áreas tan diversas como la Estadística, la Meteorología, la Electricidad, la Geografía y la identificación de las personas por medio de las huellas digitales. El interés que Galton representa para nosotros estriba en el esfuerzo que hizo para analizar las teorías de Darwin aplicándolas a la herencia de las diferencias personales.

A Galton le interesó mucho demostrar que la "genialidad" se reproduce por familias (los resultados de su trabajo se publicaron en 1869 bajo el título *Hereditary Genius).* Pronto se dio cuenta que para explorar las características mentales, uno debe contar con medios sistemáticos y científicos de medición. Durante veinte años dedicó parte de su tiempo a inventar gran número de procedimientos, destinados a valorar distintos aspectos de la conducta humana. Estos trabajos aparecieron con

Cuadro 2-2 Una muestra del cuestionario de Galton

Piense en algún objeto definido —por ejemplo en la mesa del desayuno, en el momento que se sentó frente a ella hoy en la mañana— y considere con atención la imagen que aparece en su imaginación.

1 Iluminación—¿La imagen es borrosa o muy clara? ¿Su luminosidad es comparable a la de la realidad?
2 Definición—¿Todos los objetos están definidos al mismo tiempo o la claridad de algunos es menor que la de la realidad?
3 Coloración—¿Los colores de la porcelana, del pan tostado, de la corteza del pan, de la mostaza, de la carne, del perejil o de cualquier objeto que haya estado sobre la mesa, son claros y naturales?

Fuente: Galton, 1883, citado por Dermis, 1948, p. 279.

el título de *Inquines into Human Faculty and Its Development* (1883), libro extraordinario que le valió a Galton ser considerado como el padre de las *pruebas psicológicas.*^

Las pruebas de Galton intentaban medir capacidades, estructuras y funciones estables de la mente, porque él así concebía al ser humano. Por ejemplo, trataba de distinguir el nivel de inteligencia basándose en la capacidad individual de distinguir pequeñas variaciones de peso y de temperatura de los objetos o en la percepción de variación en la intensidad del dolor. Intentó medir las diferencias de viveza de las imágenes mentales, para lo que inventó un cuestionario (véase el cuadro 2-2).

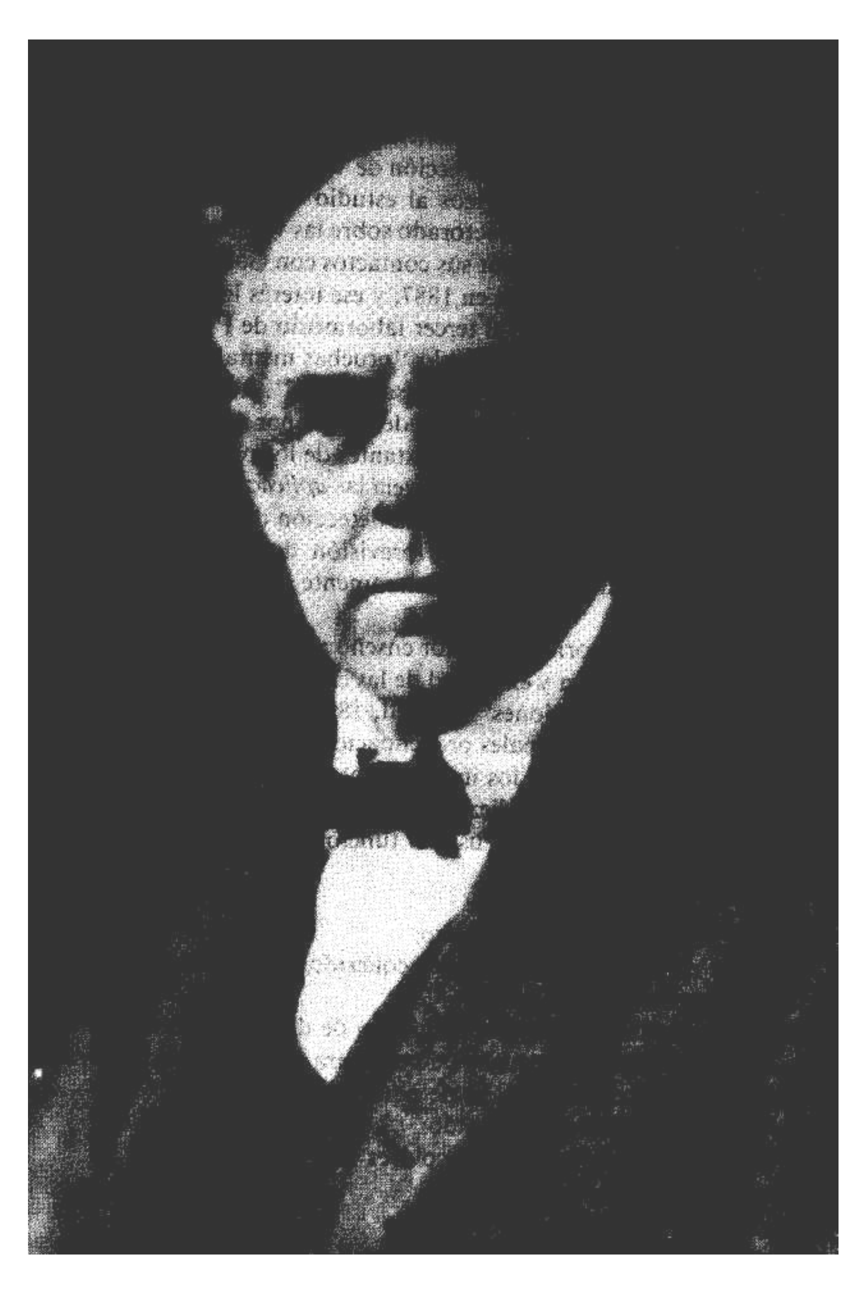
También se interesó en las variaciones del proceso de asociación, para lo que desarrolló una prueba de asociación de palabras, mucho antes de que se formularan pruebas de este tipo con finalidades clínicas. Galton comenzó haciéndose la prueba él mismo, escribiendo series de palabras en distintas hojas de papel, descubriéndolas después una tras otra, y anotando las asociaciones que le provocaban.

Para recopilar datos abundantes sobre las diferencias individuales físicas y mentales, Galton organizó un laboratorio en Londres, donde, por una módica suma, el gran público podía hacer una serie (o batería), de pruebas y recibir los resultados (Watson, 1963). Este fue el primer centro de pruebas *mentales;*[2] y formó parte de la exposición de la salud en la Exposición Internacional de 1884 (antecesoras de las Ferias Mundiales), antes de ser instalado definitivamente en el London South Kensington Museum, en 1885. El centro de Galton funcionó seis años, durante los cuales se hicieron pruebas a 9 337 personas (Reisman, 1966).

Los pocos psicólogos que existían en esos tiempos dedicaban su esfuerzo a la investigación de laboratorio de los principios generales del comportamiento hu-

[1]Hablando con precisión, no es posible hacer una afirmación semejante, ya que los chinos usaban pruebas orales y escritas para seleccionar a los empleados y funcionarios públicos, miles de años antes que Galton inventara sus pruebas. En 1883 Inglaterra, Francia, Alemania y Estados Unidos aplicaban pruebas basadas en el sistema chino a los candidatos que querían trabajar en el gobierno. Quizás sería mas preciso decir que Galton inventó las pruebas mentales, aunque no las llamó así.

[2]Los primeros centros organizados para hacer pruebas *humanas* aparecieron en China, en el siglo XIV DuBois, 1970).



Fotografía 2-1. James McKeen Cattell (1860-1944). *(Tomado del Scientific Monthly, 1929,vol 28 p. 25. Reimpreso con autorización de la American Association for the Advancement of Science')*

mano, pero, a finales de los años ochenta, algunos comenzaron a interesarse por la medición de las diferencias individuales del funcionamiento de la mente. La unión entre esta medición de las diferencias individuales y la nueva ciencia psicológica se debe a James McKeen Cattell, un americano que recibió su doctorado en Psicología en Leipzig, en 1886, bajo la dirección de Wundt. El interés que Cattell tenía por aplicar los métodos psicológicos al estudio de las diferencias individuales, que ya aparecía en su tesis de doctorado sobre las variaciones individuales en el tiempo de reaccionar, aumentó por sus contactos con Galton, al estar dando clases en la Universidad de Cambridge en 1887, y ese interés lo debía acompañar toda su vida. En 1888, Cattell fundó el tercer laboratorio de Psicología en Estados Unidos[3] y para 1890 implantó el vocablo "pruebas mentales" en un trabajo que llevaba el título de "Mental Tests and Measurements". Reisman (1966, p. 29) describe así la orientación de Cattell: "Cattell decía que por medio de las pruebas mentales se podrían llegar a descubrir las constantes de los procesos de la mente, su interdependencia y sus variaciones. Ya preveía las *aplicaciones prácticas* de las pruebas para la selección de personal y para la detección de enfermedades" (las itálicas son del autor de este libro). Esta previsión de las posibilidades que podrían llegar a tener las pruebas mentales, claramente anunciaba los comienzos de la Psicología clínica.

La experiencia de laboratorio de Wundt enseñó a Cattell que "la Psicología no puede llegar a tener la certeza y exactitud de las ciencias físicas a menos que se base en experimentos y en mediciones" (Cattell, 1890, citado por Dennis, 1948, p. 347); por eso, una de sus principales preocupaciones fue preparar una batería estándar de pruebas mentales para los investigadores interesados en las diferencias existentes entre individuos. Las diez pruebas que escogió reflejan su orientación (herencia de Wundt y Galton) de usar el funcionamiento sensomotor como índice del nivel de capacidad mental:

1 Presión ejercida en el dinamómetro
2 Capacidad de movimiento (tiempo requerido para mover el brazo una distancia determinada)
3 Áreas de sensación (umbral de distinción de dos puntos)
4 Presión que causa dolor (punta de hule dura aplicada contra la piel)
5 Mínimo percibido de diferencia de peso
6 Tiempo de reacción para el sonido
7 Tiempo necesario para nombrar colores
8 Bisección de una línea de 50 cm
9 Apreciación del paso de diez segundos
10 Número de letras repetidas después de oírlas una vez

Cattell también recopiló información menos sistematizada de otras características personales como los sueños, las enfermedades, las preferencias, las actividades recreativas y los planes para el futuro (Shaffer y Lazarus, 1952).

[3] Para quienes gustan de estadísticas, los dos primeros fueron organizados por William James en Harvard, en 1879 y por G. Stanley Hall en John Hopkins, en 1883.

Aunque esta batería de diez pruebas nunca tuvo una gran proyección, no fueron pocos los investigadores que en ese tiempo se dedicaron a hacer mediciones mentales del tipo Galton-Cattell. En la Universidad de Wisconsin, por ejemplo, en 1890, Joseph Jastrow medía el funcionamiento de la mente con pruebas de visión, de preferencias de colores, de audición, de sensibilidad al dolor, de tiempos de reacción, de memoria y de imaginación. En 1891, Franz Boas de Clark University usaba pruebas sencillas sensoriomoioras para medir la "agudeza intelectual" de los niños. En Yale, en 1894, J. A. Gilbert descubrió que la velocidad de los golpecitos y el juicio de las distancias iba en relación directa con la clasificación que los maestros hacían entre los niños que consideraban como "brillantes" o "lentos".

A pesar de su popularidad, las pruebas sensoriomotoras tuvieron detractores que insistían en las diferencias que se encontraban entre los resultados de las pruebas y la realidad (p. ej. Sharp, 1899; Wissler, 1901; ambos citados por Reisman, 1966). Para entonces, ya habían aparecido en varios lugares otras posiciones sobre pruebas mentales. En 1891, Hugo Münsterberg, un psicólogo de la Universidad de Freiburg (Alemania), ya había preparado una serie de catorce pruebas para medir la capacidad mental de los niños. Estas pruebas iban más allá de las de Galton-Cattell, incluyendo funciones más complejas como la lectura, la clasificación de objetos y operaciones matemáticas. Cuando Münsterberg llegó a ser director del laboratorio de psicología de la Universidad de Harvard en 1892, llevaba con él las pruebas mentales más complejas que habían desarrollado.

El psiquiatra alemán Emil Kraepelin (creador del primer sistema de clasificación de los desórdenes del comportamiento) también elaboró pruebas destinadas a medir funciones mentales más complejas. En 1895, Kraepelin sugirió que las pruebas mentales debían basarse en: 1) la capacidad de ser influenciado por la práctica, 2) la permanencia de los efectos de la práctica, 3) la memoria general, 4) la memoria especial, 5) la fatiga, 6) la velocidad para recuperarse de la fatiga, 7) la profundidad del sueño, 8) la capacidad de concentración y atención para no distraerse, y 9) la adaptabilidad para trabajar bien en medio de distracciones" (Shaffer y Lazaras, 1952, p. 13).

El último, y quizás el más importante, fue un abogado y científico francés que había estudiado medicina y tenía interés en la Psicología. En 1895 comenzó a desarrollar sistemas para medir las operaciones mentales complejas de los niños normales y de los niños retrasados. Su nombre era Alfred Binet. Su interés en este tipo de pruebas provino de la convicción que había ido abriéndose paso a lo largo del siglo xix, de que los niños retrasados mentales (que habían sido considerados como "psicóticos" hasta 1838) podrían recibir cierta ayuda, si se les identificara y se les diera una educación adecuada.[4] Para 18%, Binet y su colega, Victor Henri, ya habían preparado una batería de pruebas que no sólo medían los "procesos simples" de apreciación de espacios, la habilidad motriz, el esfuerzo muscular y la me-

[4]E1 famoso "Niño salvaje de Aveyron", aunque profundamente retrasado, hizo algunos progresos bajo la tutela de Jean Itard; esto debe haber impresionado a Binet. Este caso, conocido por primera vez en 1801-1807, fue llevado al cine magistralmente por Truffaut en su película *"L'enfant sauvage"*.

moría; también medían la comprensión, la atención, la sugestionabilidad, la apreciación estética y la valoración moral.

Así, ya en 1896, la Psicología no solamente se preocupaba por medir las diferencias individuales del funcionamiento de la mente; además, alentaba dos perspectivas que, hasta cierto punto, se recubrían para llevar a cabo su cometido: 1) por una parte el sistema Catell-Galton de pruebas sensoriomotoras con el que se determinaban las *estructuras* mentales relativamente estables, y 2) por otro lado, los instrumentos diseñados por Binet y otros que analizaban las *funciones* mentales más complejas. Ambas perspectivas fueron importantes para el desarrollo de la Psicología clínica, la primera porque propició la aparición de la primera clínica de Psicología, la segunda porque preparó las pruebas mentales que habían de dar a la nueva disciplina su identidad.

El resto de la historia, por el momento, debe esperar hasta que hayamos visto el tercer elemento que influyó en la Psicología clínica: los cambios de opinión que se operan sobre los desórdenes del comportamiento y sobre la manera de tratarlos.

Creencias acerca de los desórdenes conductuales

Desde los inicios de la historia, el ser humano ha tenido que enfrentarse con el problema que representa la conducta que se considera inapropiada, poco usual, extraña, inesperada, perturbada o aparentemente irracional. Pasar revista a las explicaciones y actitudes para tratar ese problema, que han ido apareciendo y desapareciendo a lo largo de los siglos, es una lectura apasionante (p. ej. Davidson y Neale, 1974; Sarason, 1976; Ullmann y Krasner, 1975; Zilboorg y Henry, 1941); sin embargo, más que intentar cubrir todas las etapas de esas historias, vamos a ver aquí cómo fueron evolucionando, a lo largo de los siglos, las ideas que se fueron teniendo sobre las perturbaciones mentales, para mostrar cómo esas ideas fueron dando importancia social a varias profesiones, entre las cuales se encuentra la Psicología clínica.

Las explicaciones primitivas atribuían las perturbaciones mentales a agentes sobrenaturales. Los grupos humanos primitivos pensaban que los individuos que actuaban en forma extraña eran poseídos por espíritus o demonios, y el tratamiento consistía, con frecuencia, en distintas clases de exorcismo (incluyendo a veces la *trepanación,* o perforación de pequeños orificios en el cráneo, para permitir la salida de los malos espíritus)[5]. En Grecia, antes de Hipócrates, estas convicciones seguían presentes con ciertas variantes; el comportamiento enfermo se atribuía a la influencia de algún dios. "La locura profética tenía como dios patrocinador a Apolo, la locura ritual se atribuía a Dionisio, la locura poética era inspirada por las Musas y la locura erótica provenía de Afrodita y de Eros" (Ullmann y Krasner, 1975, p. 121). Incluso en las culturas primitivas que practicaban el monoteísmo, Dios podía originar problemas de comportamiento. En el Antiguo

[5]Esta idea sigue viva en las culturas primitivas de hoy en día, y a menos que seamos ciegos, debemos reconocer que es aceptada en nuestra cultura accidental. La popularidad que alcanzó la película el *Exorcista,* las posturas básicas de ciertas religiones fundamentalistas, y las ocasionales noticias de flagelaciones y otros procedimientos en contra del dominio *(Time,* 1969) hacen ver la tenacidad que tienen las convicciones demoniacas.

Testamento, por ejemplo, se dice que "el Señor los va a golpear con la locura, la ceguera y la perturbación del corazón" (Deut 28,28).

Mientras dominó la idea de que las perturbaciones mentales tenían origen divino, la filosofía y la religión tenían la obligación de ocuparse de ellas. En ocasiones, los encargados de estos asuntos eran también personas que tenían perturbaciones. En Grecia, por ejemplo, se consideraban apropiados para ayudar a otros, quienes presentaban ciertas perturbaciones de conducta y eran habilitados como sacerdotes o sacerdotisas. En otros pueblos más primitivos, se consideraban como shamanes o curanderos aquellos que habian estado poseídos o influenciados por seres sobrenaturales.

La explicación demoniaca o celestial era todavía muy fuerte cuando en el siglo IV a.C, el médico griego Hipócrates comenzó a afirmar que las afirmaciones de la conducta se debían a causas y a procesos naturales. La "enfermedad sagrada" (la epilepsia) por ejemplo, "no era ni más divina ni más sagrada que las demás enfermedades, sino que tenía causas naturales que la provocaban, exactamente igual que todas las otras enfermedades" (citado en Zilboorg y Henry, 1941, p. 44). Más aún, según él, los desórdenes del comportamiento, como los demás desórdenes, se debían a la distinta distribución en el cuerpo de cuatro fluidos o humores básicos: la sangre, la bilis negra, la bilis amarilla y las flemas. Esta teoría, que, generalmente, se conoce como la primera explicación médica de las perturbaciones del comportamiento, formó el concepto de enfermedad mental y legitimó la situación para curarla. Desde Hipócrates hasta la caída de Roma en 476, la medicina y sus complicados modelos fueron los que dominaron el ambiente para explicar las enfermedades mentales.

Durante la Edad Media, el retorno a las explicaciones demoniacas hizo desaparecer completamente la actitud médica. La Iglesia se convirtió en la institución social y legal más importante de Europa, y el clero nuevamente se hizo cargo de la conducta aberrante. Los médicos continuaron siendo miembros respetados de la sociedad pero se vieron reducidos al tratamiento de enfermedades físicas. Muchos de ellos encontraron la solución al problema haciéndose sacerdores. "En el siglo xin. . . la mayor parte de los médicos eran también miembros del clero" (Ullmann y Krasner, 1975, p. 124).

La Iglesia comenzó a tratar a los "locos" con humanidad, exorcizando a los malos espíritus. Zilboorg y Henry (1941, p. 131-132) citan una oración del siglo, destinada a curar la histeria, considerada como enfermedad femenina provocada por el útero que por influencia del demonio flotaba por todo el cuerpo:

> ¡Oh vientre, vientre, vientre, vientre cilindrico, vientre rojo, vientre blanco, vientre carnoso, vientre sangrante, vientre grande, vientre neufrédico, henchido vientre, oh tu demoniaco!... Te conjuro, oh vientre, en el nombre de la Santísima Trinidad para que vuelvas al lugar del que nunca te debiste mover ni debiste cambiar ... regresa, sin cólera, al lugar en que Dios te puso en un principio.. .Te conjuro qué no dañes a esta sierva de Dios N., no ocupes su cabeza, o su garganta, su cuello, su pecho, sus oídos, sus dientes, sus ojos, sus narices, sus hombros, sus brazos, sus manos, su corazón, su estómago, su bazo, sus riñones, su espalda, sus costados, sus coyunturas, su ombligo, sus



Figura 2.2 El tratamiento inhumano que se daba **a** los "locos" hospitalizados **no** impedía que los visitantes compraran boletos para ir a verlos. *{Reimpreso con autorización del Hoffman-LaRoche, Inc., Nutley, New Jersey.)*

> intestinos, su vejiga, sus muslos, sus espinillas, sus talones o sus uflas, descansa tranquilamente en el lugar que Dios escogió para ti, para que esta sierva de Dios pueda retornar a su salud primitiva.

Más tarde, la Iglesia se quitó los guantes y dejó de ser amable y comprensiva. Los que mostraban o eran sospechosos de conductas equívocas comenzaron a ser tratados como herejes, poseídos (quizás con su consentimiento) y bajo el control del demonio. Los médico-sacerdotes comezaron a "diagnosticar" cuidadosamente estos casos buscando en la piel los signos del demonio *(stigmata diaboli)* (Spanos, 1976). Evidencia condenatoria de posesión diabólica eran los "puntos muertos" o anestesias locales que se descubrían picando las distintas regiones del cuerpo con agujas. Hecho el "diagnóstico" de posesión (lo que sucedía con frecuencia) comenzaba el "tratamiento". Este consistía en aplicar torturas para obtener la confesión de herejía y, en ocasiones, condenar a la hoguera. No era necesario manifestar desviaciones evidentes para recibir el tratamiento, pero quienes las tenían eran candidatos casi con seguridad.

Esta actitud siguió durante largo tiempo en Europa y, después, se trasplantó a América, donde duró hasta el siglo xvín (la última ejecución oficial registrada

de una "bruja" tuvo lugar en Salem, Massachusetts, en 1962: y en una época tan tardía como el año 1782, decapitaron a una "bruja" en Suiza).

Mucho tiempo antes de que se pusiera fin a estas atrocidades, el origen demoniaco de las enfermedades se comenzó a cuestionar por algunos médicos y estudiosos, y poco a poco el tratamiento de los enfermos mentales comenzó a ser el confinamiento en hopitales y asilos de nueva fundación, como el St. Mary of Bethlehem de Londres (fundado en 1547 y conocido por los habitantes del lugar como: "bedlam"). El movimiento de hospitalización creció y salvó muchas vidas, pero no necesariamente hizo que les valiera la pena el vivir. Aunque, en el siglo XVIII se llegó a la convicción de que los "locos" eran enfermos mentales (y no poseídos por el demonio), la medicina, que todavía no se hacía cargo del problema, tenía poco que ofrecerles. Y como el gran público no estaba completamente convencido de que los demonios no danzaban alrededor de los enfermos mentales, los "locos" se convirtieron en poco menos que prisioneros. Vivían en condiciones infrahumanas y más que nada lo que importaba era su custodia. El tratamiento que se les proporcionaba provenía de médicos que estaban convencidos de que las enfermedades mentales eran producidas por lesiones en el cerebro, o por sobreabundancia de sangre en el cerebro (una idea tomada de Hipócrates). En St. Mary of Bethlehem, "un médico visitaba a los enfermos para darles tratamiento: sangrías a todos los pacientes en abril, purgas y vómitos a los sobrevivientes en mayo, y otra vez sangrías en octubre. En instituciones más pequeñas. . . un médico hacía una visita posiblemente cada diez años, para prescribir el tratamiento para la siguiente década. Era práctica común encadenarlos, encerrarlos en calabozos, azotarlos, golpearlos, ridiculizarlos y alimentarlos con los peores desechos" (Reisman, 1966, p. 10).

Gracias a los esfuerzos de los reformadores europeos y americanos del siglo XVII y de principios del xix (Philippe Pinel, William Tuke, Benjamín Rush y Eli Todd) se fueron mejorando las condiciones de vida de los enajenados y se les dio un tratamiento más humano, destinado a mejorar su comportamiento (véase el Cap. 12). Pinel inició la era del "iratamienlo moral" con comeniarios como el siguiente: "Es mi convicción que los enfermos mentales son intratables debido únicamente a que carecen de aire puro y de libertad" (citado por Ullmann y Krasner, 1975, p. 135). Con esto comenzó a abrirse paso la idea de que era posible ayudar a los enfermos mentales en vez de simplemente ocultarlos. Pero todavía los médicos no se hacían cargo de su tratamiento y, aparentemente, tenían buenas razones para ello.

A finales del siglo XIX se descubrió que la sífilis era la causa de la paresia generalizada, un síndrome de deterioro cerebral que hasta entonces se había tratado como locura. Esto impulsó la idea de que todos los desórdenes mentales tenían bases orgánicas, y que era necesario hacer investigaciones para descubrirlas. La certeza de que "no hay un pensamiento torcido sin que haya una molécula torcida" (Gerard, 1956, citado en Abood, 1968), unida a la cruzada iniciada por Dorothea Dix en los Estados Unidos, aumentó, multiplicó e insistió en los aspectos médicos de las enfermedades mentales, provocando el declinar dé los pequeños (pero efectivos) centros de "tratamiento moral". Eso también hizo más fuerte la

convicción de que los desórdenes del comportamiento son enfermedades y que por lo tanto correspondía a los médicos dar el tratamiento necesario.

La investigación médica para encontrar las causas orgánicas y el tratamiento físico de las enfermedades mentales llevó a algunos médicos a descubrir una nueva dimensión, que Zilboorg y Henry (1941) llamaron la "revolución psiquiátrica". Todo comenzó cuando algunos médicos franceses de mediados del siglo XIX comenzaron a examinar el fenómeno que Franz Antón Mesmer había llamado el "magnetismo animal" y que James Braid, un cirujano inglés, llamó poco después "hipnotismo". La investigación y las demostraciones que Jean-Marie Charcot, Hippolyte Bernheim y Pierre Janet hicieron, para demostrar que la hipnosis tenía relación con los desórdenes del comportamiento (especialmente en la histeria), provocaron interés y controversias sobre la posibilidad de que las enfermedades mentales tuvieran origen psicológico, por lo menos en parte, y respondieran mejor a tratamientos psicológicos que a tratamientos orgánicos.

El problema llamó la atención de un joven neurólogo vienes, llamado Sigmund Freud, quien, para 1896, ya había propuesto la primera versión de su teoría según la cual los desórdenes de la conducta, como la histeria, no son el resultado de una condición orgánica determinada, sino de la lucha dinámica de la mente humana para satisfacer, por una parte, los deseos instintivos (sobre todo sexuales) que comienzan desde la infancia, y, por otra parte, para adaptarse a las reglas sociales y a las exigencias y restricciones impuestas por el mundo exterior. La presentación de esta teoría produjo, entre los colegas médicos de Freud, una reacción menos que entusiasta. El presupuesto de que niños inocentes son un depósito de bajos instintos sexuales y agresivos no sólo resultaba revolucionaria, sino inaceptable. Un médico llamó las ideas de Freud "un cuento de hadas científico" (Krafft-Ebing, citado por Reisman, 1966, p. 41). A pesar de todo, estas ideas se desarrollaron hasta convertirse en una teoría global de la naturaleza dinámica del comportamiento humano y del comportamiento aberrante, y, en último análisis, determinó un curso completamente nuevo en la Psiquiatría (véase el Cap. 9).

Las teorías de Freud iban a tener también una gran influencia en la Psicología clínica pero su repercusión en este nuevo campo, en 1896, no fueron de importancia, porque la teoría de Freud no era en ese momento más que una idea muy controvertida, porque trataba el aspecto de las enfermedades mentales, restringiendo su campo únicamente a la medicina. La Psicología clínica, que estaba naciendo en ese momento, no tenía pretensiones de dar tratamientos a las personas enfermas, pero, como veremos más adelante, la consideración del dinamismo de la conducta, iniciada por Freud y sus discípulos, determinó las actividades de los psicólogos clínicos en otras áreas y, cuando llegó el tiempo, dio las bases para que la psicología clínica iniciar? la terapia.

EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Nacimiento: 1896-1917

Hemos examinado hasta aquí los tres antecedentes más importantes de la Psicología clínica. Después de hacerlo resulta evidente que, a fines del siglo XIX,



Fotografía 2-2 Lightner Witmer (1867-1956). *(Cortesía de George Eastman House. Reproducida con autorización.)*

estaban dadas las condiciones para que pudiera aparecer como disciplina independiente. La Psicología se consideraba ya como ciencia, y algunos psicólogos estaban comenzando a aplicar los métodos científicos al estudio de las diferencias individuales. Además, la consideración dinámica del comportamiento estaba por surgir en psiquiatría, abriendo nuevos y amplios campos a los psicólogos que se interesaban en las desviaciones del comportamiento.

El primer psicólogo clínico reconocido como tal apareció en este contexto histórico. Se trata de un americano de nombre Lightner Witmer. Antes de recibirse, estudió en la Universidad de Penssylvania, bajo la dirección de James McKeen Cattell, y después de graduarse en 1888 siguió los pasos de su famoso maestro, yendo a Leipzig para preparar su doctorado en Psicología con Wundt. Witmer recibió su doctorado en 1892 y fue nombrado director del laboratorio de psicología de la Universidad de Pennsylvania, que había quedado sin titular el mismo año, al incorporarse Cattell a la Universidad de Columbia.

En marzo de 1896, una maestra llamada Margaret Maguire preguntó a Witmer si podría hacer algo para ayudar a uno de sus discípulos que no podía aprender ortografía. Witmer había dado clases cuando era estudiante y el interés que sentía por los niños lo inclinó a "aceptar el caso". Al hacerlo, Witmer se convirtió en el primer psicólogo clínico e inició lo que llegó a ser la primera clínica psicológica del mundo. La disponibilidad de un psicólogo para ayudar a un niño en un problema de estudio puede no parecer suficientemente importante para decir que se trata del inicio de una clínica y de una profesión, pero se debe recordar que hasta ese momento la Psicología se había ocupado exclusivamente de estudiar el comportamiento general de las personas, y nunca las había tratado como individuos. La decisión de Witmer resultaba tan fuera de lo común en su tiempo como podría ser, en nuestros días, la de un astrónomo que se pusiera a estudiar cuál sería la órbita óptima de la luna, para sustituir con ella la que ahora sigue.

La postura que tomó Witmer desde el principio fue hacer el diagnóstico del problema del niño, para administrar después el procedimiento apropiado para

curarlo. En este primer caso, por ejemplo, resultó que el alumno de la Srita. Maguire tenía un problema de visión. Witmer le recomendó el uso de lentes e hizo que el niño fuera seguido de cerca. El segundo caso de Witmer fue el de un niño con problemas de lenguaje, Witmer lo solucionó proporcionándole un maestro de lenguaje.

Aunque no todo lo que después hizo Witmer llegó a tener la misma influencia, hay ciertos aspectos en estos primeros casos que durante mucho tiempo caracterizaron el trabajo clínico posterior.

1. Los pacientes eran niños. Esto fue natural, porque Witmer había estado dando un curso de psicología infantil que había sido tomado por maestros interesados en ayudar a sus discípulos.
2. Las demandas de ayudar a los pacientes se hicieron porque ya había precedido algún tipo de diagnóstico.
3. Witmer no trabajó solo. Pidió la ayuda de otros expertos, iniciando lo que después se llamó "trabajo de equipo", en el que profesionistas de distintas especialidades contribuyeron a la solución de cada caso determinado.
4. Había interés explícito por prevenir futuros problemas, con el diagnóstico y el tratamiento que se daba.[6]

En la convención de 1896 de la American Psychological Association que tenía entonces cuatro años de fundada, Witmer comunicó a sus colegas que había descubierto un nuevo tipo de psicología y describió sus elementos básicos. Joseph Collins, su amigo allí presente, describe como sigue la escena:

> (Witmer dijo) que la psicología era el resultado del examen de muchos seres humanos, uno tras otro, y que el método analítico de discernir las capacidades y defectos mentales va desarrollando una clasificación ordenada de la conducta observada mediante generalizaciones postanalíticas. Dijo que la clínica psicológica es una institución de servicio social y público, útil para hacer investigaciones originales y para enseñar a los estudiantes la ortogénesis psicológica que incluye orientación vocacional, educativa, correctiva, de higiene, industrial y social. La única reacción que obtuvo fue que arquearan ligeramente las cejas algunos de los miembros de mayor edad de la Asociación. (Citado por Broicmarkle, 1947. p. 65.)

La gélida recepción que se otorgó a la ponencia de Witmer se debió a cuatro factores que Reisman resume así:

> *Primero,* la mayoría de los psicólogos presentes se consideraban a sí mismos como científicos y, probablemente, no consideraban digno de ellos el papel que Witmer les estaba atribuyendo. *Segundo,* incluso si hubieran considerado admirables las proposiciones de Witmer, ninguno tenía la experiencia o la formación necesarias para poder seguirlas. *Tercero,* no podían poner en peligro su actitud de científicos, tan discutida en

[6]'La importancia que se ha dado a este aspecto ha variado mucho desde 1896. En estos momentos es muy fuerte (véase el Cap. 12).

esos tiempos, lanzándose a hacer aplicaciones que consideraban prematuras. *Cuarto,* independientemente de cualquier actitud conservadora o escéptica, Witmer tenía el don de antagonizar a sus colegas. (1966, p. 46.)

Las objeciones segunda y cuarta eran temporales (la formación clínica podía evolucionar y Witmer un día se iba a morir), pero las otras dos eran más importantes y por primera vez se planteaba el problema de considerar a la Psicología como una ciencia o considerarla como una profesión aplicada. Como ya dijimos antes, el problema sigue tan vivo actualmente como lo estuvo en 1896.

A pesar de las objeciones, Witmer siguió su trabajo y agrandó su clínica; contrató una trabajadora social de tiempo completo y empleó a médicos y otros especialistas para que lo ayudaran en el creciente número de casos, que, en ese momento eran sobre todo niños "lentos" o retrasados. Más tarde la clínica comenzó a tratar otro tipo de problemas: de lenguaje, de sensibilidad y de aprendizaje. Fiel a su planteamiento ortogénico (preventivo), Witmer trabajó también con niños "normales" y de alto nivel intelectual, para poder aconsejar y guiar a sus padres y rnaestros.

En 1897, la clínica inauguró sus cursos de formación con un curso de verano de cuatro semanas sobre Psicología infantil. Consistía en estudio de casos, instrucciones para aplicar las pruebas de diagnóstico de tipo Galton-Cattell y demostraciones de técnicas curativas. Para 1900, ya se estaban atendiendo a tres niños cada día, y el personal de la clínica había crecido: tenía un director (Witmer), un director asistente, cinco expertos en pruebas mentales con estudios de doctorado, una trabajadora social y tres asistentes de la trabajadora social. Por influencia de Witmer, la Universidad de Pennsylvania comenzó a tener cursos de Psicología clínica en el año académico de 1904-1905. En 1907, Witmer dio dos pasos más. Fundó una escuela-internado asociada a sus clínicas de retrasados mentales, y Fundó y publicó la primera revista de Psicología clínica; *The Psychological Clinic.* En 1909, en las instalaciones de Witmer se habían examinado más de 450 casos y la Psicología clínica era ya una realidad.

Resulta irónico constatar cómo la clínica, la escuela y los cursos de formación de Witmer tuvieron tan poca influencia cuando la nueva profesión fue tomando fuerza. Se podría decir que Witmer lanzó la Psicología clínica, pero no le supo dar velocidad. Probablemente la razón de esto, como dice Watson (1953, p. 79), fue "que Witmer volvió la espalda a todos los aspectos importantes que se fueron descubriendo en Psicología clínica, por lo que su personalidad no tiene más que un significado histórico".

Estos nuevos aspectos a los que volvió la espalda comenzaron a aparecer en la primera década del siglo xx y fueron muy importantes. Entre ellos se cuenta, en primer lugar, la introducción en Estados Unidos de las nuevas pruebas de inteligencia de Alfred Binet: la escala Binet-Simon. Como las pruebas anteriores de Binet, este instrumento analizaba los procesos más complejos de la mente, en vez de analizar las estructuras fijas que preocupaban a Witmer, Binet y Simón habían desarrollado sus pruebas a petición del Ministro de Educación Pública de Francia para determinar qué niños tenían capacidad mental demasiado limitada para poderles permitir la asistencia a las escuelas ordinarias. La prueba Binet-Simon

había dado buenos resultados, y a pesar de las insistencia de Binet de que su prueba no era una medida completamente objetiva de la inteligencia, ganó gran reputación. Henry H. Goddard de la Vineland Training School (Nueva Jersey) al estar en Europa en 1908, oyó hablar de la prueba Binet-Simon y la llevó a Estados Unidos para diagnosticar la inteligencia de los "débiles mentales" de la clínica que había fundado dos años antes.

La popularidad de la adaptación que Goddard hizo de la escala Binet-Simon, y la subsiguiente revisión americana hecha por Lewis Terman en 1916 (conocida como la Stanford-Binet), dejó en la sombra a todas las otras pruebas de inteligencia, incluyendo claro está, las que Witmer usaba en Filadelfia. La escala de Binet servio de catalizador para las funciones de diagnóstico, que hasta 1910 eran poco claras y habían estado bastante desorganizadas.[7] En todo el país, las nuevas clínicas psicológicas (más de veinte en 1914) y las instituciones para retrasados mentales adoptaron el método Binet, dejando de lado, por anticuado, el método de Witmer. Witmer se aferró a sus posiciones y se fue quedando atrás.

Otro importante desarrollo del siglo xx del que Witmer no quiso saber nada fue el diagnóstico de adultos. Se inició en los laboratorios de Psicología que se habían instalado en varios hospitales de enfermos mentales (en Massachusetts, por ejemplo, el McLean, el Worcester State y el Boston Psychopatic, y en Washington D.C., el St. Elizabeth) para ayudar al diagnóstico y tratamiento de los casos de lesiones cerebrales y de otros problemas. Después de 1907, el examen psicológico de todos los pacientes se hizo por rutina, y se comenzaron a hacer diagnósticos en las prisiones para identificar a los presos que estuvieran enfermos y para elaborar los planes de rehabilitación (Rotter, 1971). Esto despertó el interés (y la investigación) de los psicólogos por los adultos que presentaban desórdenes serios. Mientras que el interés por los adultos se fue convirtiendo en el aspecto central de la Psicología clínica, Witmer nunca quiso orientarse en este sentido.

El tercero, y quizás más importante aspecto, fue que Witmer nunca quiso unirse a otros psicólogos interesados en la Psicología clínica en adoptar las teorías freudianas sobre el comportamiento normal y anormal que estaban cobrando fuerza en Psiquiatría. La Psicología clínica se incorporó a este movimiento por la estrecha colaboración que los psicólogos prestaban a los psiquiatras en los laboratorios de los hospitales de enfermedades mentales y en las clínicas de orientación infantil, en las que, a pesar de ser dirigidas frecuentemente por psiquiatras, casi siempre tenían psicólogos prestando allí sus servicios.

El movimiento de orientación infantil en Estados Unidos recibió parte de su impulso del recién organizado National Committee for Mental Hygiene, una asociación fundada por un antiguo enfermo mental, Clifford Beers, con el apoyo de William James, un psicólogo de Harvard, y de Adolf Meyer, el más prestigiado

[7]En 1895 la APA intentó normalizar una batería de pruebas mentales y físicas, pero fracasó de la misma manera que Cattell algunos años antes. El resultado fue que cada psicólogo se veía obligado a hacer sus propias pruebas para hacer sus diagnósticos y el personal de las instituciones que tenían a su cargo a los retrasados mentales recurrían a "datos" tan seguros como las posturas o la manera como los pacientes miraban.

psiquiatra del país. Con fondos donados por el filántropo Henry Phipps, el comité (que después se convirtió en la National Association for Mental Health) trabajó para mejorar el tratamiento de los enfermos mentales y para prevenir los desórdenes psicológicos antes que se presentaran. Las clínicas de orientación para niños seguían estos lincamientos, particularmente en el aspecto preventivo. El primero de estos centros fue fundado en Chicago, en 1909, por un psiquiatra nacido en Londres, de nombre William Healy.

Igual que Witmer, Healy trabajó con niños, en trabajo de equipo (tenía un psicólogo de tiempo completo y trabajadoras sociales consultoras) y le daba mucha importancia a la prevención, pero su orientación era muy diferente. En primer lugar, en vez de tratar a niños cuyos problemas eran el retraso mental, las incapacidades de aprendizaje u otros problemas de educación, Healy se dedicó a los casos de mala conducta que exigían la atención de las autoridades escolares, de la policía o del tribunal de menores. Además, la clínica de Healy operaba bajo el presupuesto de que los delincuentes juveniles sufrían algún tipo de enfermedad mental, y que si se les daba la atención adecuada, se podían evitar mayores problemas en el futuro. Como Healy había quedado hondamente impresionado por las teorías de Freud cuando había estudiado en Europa en el año académico 1906-1907, su clínica de Chicago tuvo una gran tendencia en este sentido (la clínica se llamó primero Juvenile Psychopathic Institute, y después Institute for Juvenile Research). Como ejemplo, el diagnóstico que hizo Healy de uno de sus primeros casos fue el de histeria con conducta antisocial provocada por sentimientos inconscientes de culpa.

Este enfoque dinámico, afectivo y motivacional discrepaba grandemente de la postura de Witmer, pero recibió un enorme impulso entre los psiquiatras y los psicólogos, cuando el psicólogo G. Stanley Hall el mismo año en que Healy había abierto su clínica, invitó a hablar a Freud y a dos de sus discípulos, Cari Jung y Sandor Ferenczi, en la celebración del vigésimo aniversario de la fundación de la Clark University de Worcester, en Massachusetts. Esta celebración y las conferencias que en ella tuvieron lugar, "vendieron" el psicoanálisis a los psicólogos americanos. Las teorías de Freud resultaban compatibles con la importancia que para ellos tenía la manera como la mente humana se conduce con el medio en el que se mueve (el funcionalismo de Willia.ms James y de G, Stanley Hall) en contraposición con el análisis de sus componentes (el estructuralismo de Wundt): "En Estados Unidos se tenía poca paciencia para poder aceptar una Psicología que hace disecciones de la mente humana hasta el más mínimo detalle o que hace disertaciones filosóficas sobre su naturaleza última" (Korchin, 1976, p. 42).

El *Journal ofAbnormal Psychology* de reciente fundación se convirtió en la fuente más importante de literatura psicoanalítica, por lo que se puede afirmar que "los psicólogos y no únicamente los psiquiatras como generalmente se supone, fueron quienes apoyaron el psicoanálisis en los Estados Unidos" (Watson, 1953, p 77). Una de las consecuencias de la conmoción provocada por Freud fue que las clínicas psicológicas y de orientación infantil siguieron poco a poco el modelo de Healy y no el de Witmer. Si a esto añadimos la proliferación del uso de las pruebas de inteligencia de Binet, se explica que Witmer se haya ido quedando en la sombra. Su enfoque educativo y su orientación estructural lo hicieron dedicar-

se a actividades y atender a clientes relacionados cada vez más con Psicología escolar, orientación vocacional y terapias del lenguaje más bien que con Psicología clínica.

Las tendencias ignoradas por Witmer eran eso, tendencias, lo que quiere decir que no hubo cambios instantáneos en los enfoques y procedimientos de la Psicología clínica. La especialidad creció más bien con lentitud e, incluso cuando ya se habían adoptado las pruebas de Binet-Simon, se siguió identificando con la aplicación de pruebas en clínicas y centros de orientación a niños con retraso mental, con perturbaciones emocionales, con problemas de aprendizaje, o con delincuentes. Esta imagen era tan clara en 1913, que no faltaron las críticas de quienes afirmaban que los psicólogos clínicos estaban perdiendo demasiado tiempo con los casos que no tenían remedio y que, además carecían de la debida orientación psicoanalítica. Al mismo tiempo, las escuelas y todos los centros que se ocupaban de la niñez buscaban desesperadamente psicólogos clínicos que aplicaran el gran número de pruebas que deseaban aplicar pues hacerlo se había puesto de moda.[8]

Como se puede imaginar, la necesidad que había de los servicios de los psicólogos superaron ampliamente las críticas, y la especialidad siguió creciendo durante el periodo 1910-1917. Los psicólogos aplicaron infinidad de pruebas tradicionales, elaboraron nuevas e hicieron investigaciones sobre la validez y la confiabilidad de todas. La mayor parte de los nuevos instrumentos diseñados en ese tiempo tenían por objeto medir el nivel de inteligencia, pero algunos ya comenzaban a centrarse sobre el análisis de la personalidad, por medio de asociaciones de palabras o de cuestionarios (véase el Cap. 6).

En ese tiempo, la formación de los psicólogos clínicos era un problema. Había algunas plazas para hacer el internado en la especialidad en lugares como el Vinerland Training School, y aquí y allá se daban algunos cursos para enseñar a aplicar las pruebas de inteligencia, pero no había nada formalizado y prácticamente el que quería podía usar el título de psicólogo clínico. La APA, que se consideraba a sí misma muy científica, servía de muy poco. Hasta 1913 no tomó más iniciativa sobre los problemas que se presentaban entre sus miembros, que la de desaconsejar que personas no capacitadas aplicaran las pruebas, nombrando a continuación un comité para determinar qué significaba "no capacitado".

Este fue otro síntoma del problema existente entre "científicos" y "profesionales". En ese entonces, hubo una rebelión pasajera. Un grupo de psicólogos clínicos molestos decidieron que para promover los intereses de su profesión era mejor formar una organización independiente y, en diciembre de 1917, fundaron la American Association of Clinical Psychologists (AACP). Esta decisión no fue de gran ayuda, y, tras la promesa de que la APA se preocuparía más de los pro-

[8]En ese tiempo no había programas oficiales de formación para las funciones clínicas, por lo que las criaturas llamadas psicólogos clínicos eran especímenes más bien raros. Muchos maestros o directores de escuela aplicaban ellos mismos las pruebas. Los resultados eran bastante negativos: "En una escuela, casi la mitad de los alumnos que habían sido sometidos a pruebas por un maestro habían sido catalogados como débiles mentales, casos extremos como éste, aunque no frecuentes, no eran únicos (Reisman, 1966, p. 128).

blemas profesionales, la AACP se unió nuevamente a la APA como sección clínica, en 1919.

Entre las dos guerras: 1918-1941

Mientras estas escaramuzas sucedían dentro de la organización, se estaban librando otras batallas, conocidas en la historia como Primera Guerra Mundial. La consecuencia más importante que la guerra tuvo para la Psicología clínica fue centrar la atención de la especialidad en el diagnóstico de adultos no hospitalizados (en contraposición con los pacientes de hospitales y los niños), y, para poder hacerlo, se elaboraron nuevas y variadas pruebas.

Cuando Estados Unidos entró en la guerra, surgió la urgente necesidad de clasificar a un número muy amplio de adultos, en relación con su nivel intelectual y con su estabilidad emocional. Como no existían las técnicas adecuadas, el Ejército pidió a Robert Yerkes (presidente entonces del APA) que estuviera al frente de una comisión de psicólogos experimentales que tenían el cometido de desarrollar los medios necesarios para este fin.[9] Los resultados del trabajo de este grupo fueron las pruebas "Army Alpha" y "Army Beta" que deberían aplicarse a adultos que sabían leer y a adultos analfabetas. Para ayudar a descubrir los desórdenes del comportamiento de los reclutas, el comité Yerkes ofreció las pruebas Army junto con el "Robert Woodworth's Psychoneurotic Inventory" (cuando se presentaba a los soldados tenía el título menos agresivo de "Hoja de datos personales"; véase Yerkes, 1921, citado por Dennis, 1948). Rápidamente, el ejército capacitó a psicólogos de todas las tendencias para aplicar las pruebas, y, en 1918, ya se tenía la evaluación de unos dos millones de adultos que habían hecho las pruebas en foma personal o colectiva.

Después de la guerra, los psicólogos clínicos se siguieron ocupando principalmente de los niños, pero comenzaron a multiplicarse las oportunidades de dedicarse a hacer pruebas en las instalaciones que se ocupaban de los adultos. En esos años, los psicólogos ampliaron sus horizontes con nuevas pruebas de inteligencia para niños y para adultos, y con otras pruebas de personalidad, intereses, habilidades específicas, emociones y cualidades. Ellos mismos desarrollaron muchas de estas pruebas, mientras que otras fueron adaptaciones de pruebas europeas de orientación psicoanalítica. Los instrumentos más comunes de esa época fueron: la prueba de habilidad musical de Seashore (1919), la prueba de asociación de palabras de Jung (1919), la prueba de manchas de tinta de Rorschach (1921), la prueba de analogías de Miller (1926), la prueba de Goodenough "dibujo de la figura humana" (1926), la prueba de intereses vocacionales importantes (1927), la prueba de apercepción temática (TAT: 1935), la prueba gestática de Bender (1938), y la escala de inteligencia Weschler-Bellevue (1939).

Apareció tal cantidad de pruebas (más de 500 en 1940) que se necesitó un *Mental Measurement Yearbook* para catalogarlas (Buros, 1938) y el desarrollo, la aplicación y la evaluación de estos instrumentos siguieron estimulando el diagnósti-

[9]En este grupo estaban Henry Goddard del Vineland School, Guy M. Whipple, editor del *Manual of Mental and Physical Tests* de 1910, y Lewis Terman, padre de las Escalas Stanford-Binet.

co y la investigación de los psicólogos clínicos. La aplicación de pruebas, comenzó, además, a ser negocio. En 1921, Cattell formó la Psychological Corporation y comenzó a vender pruebas y a dar asesoría a negocios e industrias. "Las pruebas se convertían en un gran negocio y los psicólogos se debatían entre la alegría que les causaba su triunfo y las objeciones que sentían por comercializarse" (Reisman, 1966, p. 181). Los psicólogos clínicos y los otros psicólogos de esta época comenzaban también a investigar y a adelantar teorías sobre temas tan importantes para la Psicología clínica como la naturaleza de la personalidad, el origen de la inteligencia humana (herencia o medio ambiente), las causas de los desórdenes del comportamiento, la naturaleza y las posibles aplicaciones de la hipnosis, y las relaciones entre el aprendizaje y las desviaciones.

Hacia 1930 había, en Estados Unidos, unas cincuenta clínicas psicológicas y al menos una docena de clínicas de orientación infantil. Los psicólogos clínicos que trabajaban en estas instituciones y otras semejantes "tenían la impresión de estar trabajando con problemas educativos, no con problemas psiquiátricos, pero era cada vez más difícil sostener esta diferencia (Reisman, 1966, pp. 176-177). Poco a poco los psicólogos, además de las funciones tradicionales de diagnóstico, entrenamiento e investigación, comenzaron a dar tratamiento, y hacia fines de los años treinta ya había algunos que se dedicaban a la práctica privada. Este nuevo aspecto de la actividad de los psicólogos se desarrolló gracias a las circunstancias en que trabajaban, la naturaleza misma del instrumental científico de que disponían y el deseo de lograr un status profesional más alto.

La función terapéutica se enfocó en un principio a los niños, y fue el desenvolvimiento natural del trabajo de diagnóstico y de la búsqueda de soluciones en las clínicas de orientación infantil de tipo dinámico lo que fue tomando características terapéuticas, al tratar las relaciones entre padres e hijos. También surgió del creciente prestigio que fueron adquiriendo los psicólogos clínicos por la aplicación de pruebas de personalidad, sobre todo las proyectivas como el Roschach y el TAT. Estas técnicas, que se antojaban un tanto misteriosas, suministraron un lenguaje común entre quienes hacían el diagnóstico (el psicólogo) y la terapia (el psiquiatra) de los pacientes, niños o adultos, incrementando así los contactos de los psicólogos clínicos con la terapia (Wyatt, 1968). Comenzar a dar tratamiento permitió también que los psicólogos clínicos accedieran a funciones mejor pagadas y de mayor responsabilidad, que dependieran menos de las pruebas para tener contacto con la gente, y que se implicaran no con un aspecto sino con "todo el paciente".

Aunque se multiplicaban los medios de trabajo, los clientes y las funciones de los psicólogos clínicos, en los años treinta no se reconocía a la Psicología clínica como profesión. Al comenzar la Segunda Guerra Mundial todavía no había programas oficiales de formación para la Psicología clínica. Pocos tenían un Ph. O. (Philosophy Doctor), algunos tenían un M.A. (Master of Arts o maestría) y muchos B.A. (Bachelor of Arts o licenciatura) o menos. Para trabajar como psicólogo clínico (o sea para poder hacer pruebas mentales) lo único que se necesitaba era haber recibido algunos cursos para aplicar pruebas, algunos de psicología anormal, quizás algo sobre desarrollo infantil, y tener "interés por la gente". Esto hacía que fuera muy po-

co claro lo que significaba ser psicólogo clínico. "Se podían llamar psicólogos clínicos desde gentes eminentes con altas calificaciones académicas y veinte o treinta años de experiencia. . . hasta estudiantes recién graduados, sin ningún tipo de experiencia, capaces de masticar mal que bien las pruebas del coeficiente mental de Binet sin siquiera entender muy bien la importancia que tenían en los problemas clínicos" (Eysenck, 1950, citado por Watson 1953, p. 96).

Los psicólogos clínicos se sentían frustrados por esta situación, porque además de sentirse incómodos por estar catalogados como profesionistas de segunda clase al ser confundidos con técnicos de pruebas psicológicas, recibían muy poca ayuda de sus colegas de las universidades y de la APA que no se interesaban por mejorar su imagen estableciendo cursos normalizados de formación o exigiendo certificados oficiales. Pero, además, los psicólogos académicos objetaban la validez de la Psicología "aplicada" y se daban cuenta del costo que significarían los programas de formación clínica, por lo que la respuesta de los departamentos de Psicología de las universidades para organizar programas de postgrado en Psicología clínica, fue lenta y se arrastró durante mucho tiempo (Reisman, 1966).

Los psicólogos clínicos, tenían la impresión de que la APA, a pesar de las promesas que les hacía, no los apoyaba. Y aunque varias veces, durante las décadas de los años veinte y de los años treinta, había nombrado comisiones para la formación de psicólogos clínicos (e incluso organizó un programa para otorgar el certificado que se exigió durante algún tiempo), su apoyo fue muy mediocre. En 1935, por ejemplo, el comité de la APA que debía determinar las normas de formación de psicología clínica sugirió que los psicólogos clínicos debían obtener un Ph. D. y contar con un año de experiencia supervisada, pero después de entregar sus conclusiones, el comité se dispersó y poco se hizo para realizar lo que se había determinado.

El descontento de los psicólogos clínicos y de otros psicólogos no académicos explotó en 1937; se separaron de la APA y formaron una organización separada, esta vez llamada American Association of Applied Psychology (AAAP), con departamentos de Psicología clínica, de consultoría (counceling), educativa e industrial. Esta organización duró ocho años, antes de unirse nuevamente con la APA.

Para fines de los años treinta ya se estaba operando en todos los campos que actualmente tiene la Psicología clínica: sus seis funciones (evaluación, tratamiento, investigación, enseñanza, consultoría y administración) ya habían aparecido, y aunque no todas habían prosperado, la Psicología clínica había salido de las clínicas, donde estuvo confinada hasta entonces, a los hospitales, las prisiones y otros lugares. Ya trabajaba con niños y con adultos, y había una tendencia muy fuerte a considerarla como rama independiente. Sólo se necesitaba el apoyo de la ciencia madre, la Psicología, y de la sociedad a la que servía para llegar a su mayoría de edad, y estos apoyos llegaron, profusamente, con la Segunda Guerra Mundial.

El desarrollo explosivo

Como en tiempos de la Primera Guerra, cuando Estados Unidos entró en la Segunda Guerra Mundial, fue necesario hacer en masa al personal del ejército,

pruebas de inteligencia, de aptitudes y de personalidad. Nuevamente se formó un comité de Psicología para hacer frente a la tarea; la psicometría (medida de la mente) y la clínica eran mucho más complejas que en tiempos de la comisión Yerkes, por lo que este comité produjo pruebas psicológicas más numerosas, entre las que se cuentan el Army General Classification Test (prueba para aplicarse en grupo), un cuestionario de diferenciación psiquiátrica llamado el Personal Inventory, pruebas breves de inteligencia, formas resumidas del Rorschach y del TAT, y varias pruebas de aptitudes para selección de oficiales, pilotos y de otros más.[10]

El compromiso de los psicólogos clínicos en la Segunda Guerra Mundial fue mucho más importante que en la primera. Mil quinientos psicólogos (el 25% de los disponibles) sirvieron en la Segunda Guerra Mundial, y Reisman afirma (1966) que solamente en 1944 veinte millones de militares y civiles fueron sometidos a unos sesenta millones de pruebas psicológicas. Además de aplicar las pruebas, los psicólogos tuvieron que hacer entrevistas, escribir informes psicológicos y, debido al enorme número de "bajas" psicológicas, aplicar terapia de orientación psicoanalitica. Para quienes habían sido psicólogos clínicos antes de la guerra, esto les dio la oportunidad de afirmar y ampliar sus funciones, pero debemos recordar que eran la minoría. La mayoría de los psicólogos de este tiempo tenían una orientación fundamental académica o de investigación, y para ellos, la desesperada necesidad que el ejército tenía de psicólogos clínicos significó el primer contacto con problemas clínicos concretos.

Para su sorpresa, y con frecuencia para su deleite, muchos de esos psicólogos convertidos en clínicos, descubrieron que podían manejar muy bien sus nuevas responsabilidades, y muchos comenzaron a apreciar este tipo de trabajo. Las autoridades militares y civiles estaban verdaderamente impresionadas: "El hecho de que los psicólogos fueran capaces de hacer historias clínicas adecuadas, preparar evaluaciones y diagnósticos de la personalidad de los pacientes, ayudar en los estudios de investigación, y manejar eficazmente a tipos muy diversos de pacientes en terapia individual o de grupo, estaba demostrando que se trataba de un grupo profesional que no había sido utilizado en el pasado de acuerdo con sus posibilidades" (Garfield, 1974, p. 9). Rápidamente los psicólogos llegaron a ser oficiales comisionados en el ejército, igual que los médicos. Al final de la guerra, ya había muchos psicólogos comprometidos en la terapia de adultos, y antiguos psicólogos experimentales se enamoraron de las funciones clínicas. Las pruebas psicológicas y la terapia necesarias durante el tiempo de la guerra, hicieron que el público conociera cada vez más y tratara con mayor respeto a la Psicología clínica, con lo "que se produjo de repente un éxodo masivo de los laboratorios al mundo de la psicología aplicada" (Hathaway, 1958, p. 242).

El interés por la Psicología clínica quizás no hubiera pasado a mayores si no hubiera sido por lo mucho que quedaba por hacer. La guerra había dejado a

[10] Algunas de estas técnicas consistían en medir el comportamiento obligando a los candidatos a actuar en situaciones de frustración y de presión. Esta situación de "la vida real" se ha convertido en una de las estrategias de evaluación más populares (véase el capítulo 7).

40 000 personas en hospitales neuropsiquiátricos de la VA (Asociación de veteranos de guerra) y no se contaba con los psicólogos y psiquiatras necesarios para hacer frente a las necesidades de diagnóstico y de tratamiento que estos pacientes requerían. Mientras que la APA y los departamentos de Psicología de las universidades habían demostrado inseguridad) acerca del status, la educación y el papel que el psicólogo clínico debía tener, las necesidades de la VA exigían una acción clara e inmediata. En una circular de la VA de 1946 se di finía al psicólogo clínico como el profesionista que se dedica al diagnóstico, al tratamiento y a la investigación de los desórdenes del comportamiento de los adultos y se describía a los psicólogos clínicos como Ph. D. (Philosophical Doctors). Y lo que es mas importante, la VA declaraba necesitar 4 700 psicólogos para otros tantos puestos bien pagados y de gran prestigio, manifestándose dispuesta a facilitar ayuda económica para su formación. Hathaway (1959, p. 107) dice: "Este documento, más que cualquier otro factor, sirvió para el desarrollo de la Psicología clínica."

Fue el apoyo que la Psicología estaba necesitando. A principios de 1946, el director médico de VA se reunió con los presidentes de las universidades más importantes para pedirles la instauración de cursos formales para la enseñanza de la Psicología clínica. Para el otoño de ese mismo año, 200 estudiantes de postgrado comenzaron a ser expertos clínicos de VA en veintidós instituciones de esta organización (Peck y Ash, 1964). Para 1951, VA era la institución que ocupaba más psicólogos en Estados Unidos. "No fue la ciencia ni la profesión de la Psicología en sí misma, sino la Segunda Guerra Mundial, con su secuela de recursos humanos, lo que revolucionó la formación y el trabajo de la Psicología clínica" (Garfield, 1974, P. 8).

Cuando se tiene presente esta situación, se puede entender porqué no todos los departamentos de Psicología que iniciaron cursos de formación después de la guerra, lo hicieron con gran entusiasmo. Los catedráticos que sentían simpatía o que habían hecho trabajo clínico durante la guerra, consideraban el apoyo económico del gobierno como una bendición, mientras que aquellos que estaban dedicados a la Psicología como ciencia pura, objetaban la instauración de una formación orientada al profesionalismo por considerarla una intrusión que se estaba dando únicamente porque el Gobierno estaba pagando (Primero por medio del VA y después por medio del United States Public Health Service, USPHS). Shakow (1965) llamó a este conflicto la pugna entre las "vírgenes" y las "prostitutas". Independientemente del nombre que se le dé, era la continuación de la pugna entre "ciencia y profesión" presente desde 1896, con la diferencia que la pugna ya estaba en el interior de la "torre de marfil", lo que hacía que fuera más aguda que antes.

La VA y la USPHS siguieron adelante con sus planes de financiamiento y pidieron asistencia a la APA para que indicara qué programas de tipo universitario valía la pena apoyar con fondos de la Federación. Un comité de formación profesional y de postgrado hizo una evaluación de los programas que existían en 1947 (Kelly, 1961). Más adelante, el mismo año, el Comité de formación de Psicología clínica de David Shakow, un grupo designado por la APA, presentó un informe más extenso en el que: 1) recomendaba qué contenido debían tener los programas, 2) determinaba las características de debía tener la formación en las univer-

sidades y en los internados, y 3) hacía un informe de los programas existentes (Shakow, 1978, da detalles de la historia y composición de esta comisión).

Este "informe Shakow" tuvo por objeto sugerir programas de formación, pero por haberse vinculado intimamente con el otorgamiento de dinero federal a estudiantes particulares (por medio de becas) y a departamentos completos (por medio de fondos para la formación), las sugerencias se convirtieron en políticas "y llegaron a ver la 'biblia' de todos los departamentos de Psicología deseosos de que la APA analizara y apoyara favorablemente sus programas" (Kelly, 1961, p. 110). Shakow opina que esta reacción favoreció una prematura cristalización de la formación para la Psicología clínica; en su opinión, si todo hubiera evolucionado más lentamente y con mayor cuidado, los programas hubieran podido ser mejores.

De todos modos, el informe Shakow puso las bases para las discusiones que siguieron sobre el tipo de formación que habría que dar a los psicólogos clínicos, discusión íntimamente relacionada con la controversia entre ciencia y profesión. Las recomendaciones más importantes del informe que siguen teniendo actualidad son las siguientes (APA, 1947):

1. Los psicólogos clínicos deben recibir primero una formación como psicó logos (es decir, como científicos) y después como profesionales prácticos.
2. La formación de los psicólogos clínicos debe ser tan rigurosa como la de los psicólogos no clínicos y por lo tanto debe consistir en estudios de doctorado que abarquen cuatro años, con un año de práctica en un internado supervisado.
3. La formación clínica debe centrarse fundamentalmente en la "trinidad" (diagnóstico, investigación, tratamiento) con cursos suplementarios de psicología general, psicodinámica, técnicas de diagnóstico, y métodos de investigación y de terapia (véase Shakow, 1978, para un resumen del informe).

Así comenzó "lo que debería llegar a ser una nueva experiencia educativa; la formación del estudiante como científico y como practicante, no en dos escuelas profesionales distintas (como en el caso de medicina y de leyes) sino en los cursos de postgrado de las universidades" (Kelly, 1961, 112). La experiencia se continuó con apoyo de la APA, del Gobierno, de las instituciones que suministraban los internados y de las universidades. Dos años después de la publicación del informe Shakow hubo una convención nacional de formación de Psicología clínica en Boulder, Colorado, en la que oficialmente se aceptaron sus recomendaciones. Además, esa convención resolvió crear un Educational and Training Board en el interior de la APA para aprobar y publicar las listas de los programas de doctorado en Psicología clínica, y de los internados en que se daba el entrenamiento, reconocidos por la organización.

La formación científico-profesional recomendada por el informe Shakow y adoptada por la convención Boulder en 1949, se llegó a conocer como el "modelo Boulder" que ha impuesto el patrón de formación en este campo durante los veinticinco años siguientes. Pero, este modelo no satisface a todos los que trabajan en este campo, y a pesar de que la APA ha seguido dando su apoyo a las revi-

siones que se han hecho al modelo Boulder en las conferencias de 1955, 1958, 1962, 1965 y 1973, sigue habiendo cierta inquietud. En el capítulo 13 daremos el detalle de estas conferencias y las modificaciones hechas al modelo para ponerlo al día. Basta decir, por el momento, que los psicólogos que están dedicados a la práctica profesional opinan que el modelo insiste demasiado en la formación para la investigación, con detrimento de la preparación para el trabajo clínico concreto, mientras que los científicos de la Psicología con orientación académica más clara sienten que resulta inútil la insistencia tan marcada que se da a los aspectos prácticos de aplicación. Un sarcástico delegado a la conferencia en Boulder, haciendo referencia a los datos relativamente poco importantes que existían en esa época para la investigación clínica de la psicoterapia decía "la terapia es una técnica indefinida, que se aplica a problemas indefinidos, con resultados desconocidos. Recomendamos una rigurosa formación en esta técnica" (Lehner, 1952).

A pesar de estos problemas, el apoyo dado por el Gobierno a la formación que seguía el modelo aprobado en Boulder provocó el crecimiento explosivo de la Psicología clínica. Para 1948, la APA había aprobado veintidós programas de formación en Psicología clínica, y se estaban estudiando muchos más para su aprobación: en 1962 ya se habian aprobado sesenta, setenta y dos en 1969, ochenta y tres en 1973, y más de 100 el día de hoy. El número de psicólogos clínicos creció en proporción, y su trabajo se fue diversificando hasta alcanzar las proporciones que describimos en el capítulo 1. Después de la guerra, la evaluación de la personalidad y de la inteligencia se desarrolló rápidamente tras la introducción de nuevas pruebas como el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), o nuevos procedimientos de calificar las pruebas proyectivas como el Rorschach o nuevas escalas de inteligencia para adultos. También floreció, reconocida por el Gobierno y por el público, la función terapéutica del psicólogo clínico. En esos años ya había tres veces más psicólogos clínicos dedicándose a la terapia que antes de la guerra, y el tratamiento comenzó a dedicarse más bien a los adultos que a los niños (Andrews y Dreese, 1948). Además, siguiendo el ejemplo de los médicos, la práctica privada se comenzó a hacer patrón común entre los psicólogos clínicos.

Fue creciendo también el reconocimiento legal de la Psicología como profesión. En los años que siguieron a la guerra, los gobiernos de los Estados promovieron leyes en las que se determinaban las condiciones para licencia o certificación de los clínicos calificados y la APA estableció un grupo para otorgar una certificación independiente, llamado The American Board of Examiners in Professional Psychology (ABEPP: ahora la American Board of Professional Psychology), para identificar a quienes han alcanzado un alto nivel de experiencia y de pericia clínica. La APA publicó también un código ético para la conducta de todos sus miembros, poniendo énfasis particular en quienes están en la práctica de la profesión. En el capítulo 13 vamos a ver estos y otros aspectos de la Psicología como profesión.

Como todos los otros aspectos, también la investigación clínica se desarrolló después de la guerra, llegando a algunas conclusiones negativas y perturbadoras sobre la utilidad de ciertas pruebas de personalidad (véase, por ejemplo, Margaret, 1952), sobre el valor de los diagnósticos de los psicólogos clínicos, al compararlos

con los resultados obtenidos de las estadísticas (Meehl, 1954), y sobre la eficacia de las formas tradicionales de terapia (sobre todo de tipo freudiano) (Eysenck, 1952). Estas investigaciones están relacionadas con el alejamiento de las normas tradicionales de diagnóstico que apuntamos en el capítulo 1, y con la influencia creciente de nuevas técnicas de terapia, particularmente las de Cari Rogers y Joseph Wolps.

Hacia mediados de los años setenta, prácticamente había cambiado todo lo que era la Psicología clínica antes de la Segunda Guerra Mundial. Antes de la guerra, los psicólogos clínicos se dedicaban a hacer diagnósticos fundamentalmente de niños. Cuando la psiquiatría permitió a los psicólogos clínicos adentrarse en el terreno del tratamiento, comenzaron a "aliviar las enfermedades mentales" aplicando técnicas psicoanalíticas. A partir de 1945 las funciones, los lugares de trabajo y los clientes eran completamente diferentes de lo que dijimos en el capítulo 1. Se reconoció la importancia de los tratamientos de prevención y de la curación, teniendo disponibles perspectivas teóricas más amplias y todo un arsenal de técnicas prácticas para diagnosticar y ayudar a cambiar el comportamiento. En los capítulos siguientes hemos de considerar cada una de estas facetas de la nueva Psicología.

Basta decir ahora que aunque esta especialidad ha avanzado en muchos sentidos en los últimos cuarenta años, no ha llegado aún a su pleno desarrollo ni a su plena identificación. Garfield (1966, p. 353) anota que los psicólogos clínicos son o bien, "un grupo particularmente introspectivo, autocrítico, en búsqueda del espíritu", o bien, un grupo que crónicamente está insatisfecho. Sea lo que fuere, las convenciones siguen hablando de la formación de los psicólogos, y las páginas de las revistas están llenas de artículos que comentan las ideas o las preocupaciones que se tienen sobre los caminos que debe seguir la profesión. Aspectos que consumen mucho espacio de las revistas y mucho tiempo de las convenciones son, por ejemplo, cómo cubrir las necesidades de atención psicológicas que tiene la sociedad, cuál es el papel y la importancia del diagnóstico y la psicoterapia clínica, cuáles son los problemas y el futuro de la práctica privada, cómo se pueden prever los problemas psicológicos, o cómo se puede prestar atención psicológica a los estratos de la población (la gente pobre) que no tiene acceso a ella.

El mayor problema al que se enfrentan los psicólogos es el de la oposición entre ciencia y práctica profesional. ¿Qué se debe hacer para que el psicólogo clínico sea al mismo tiempo una persona con orientación científica, que exige datos y evidencia confirmada antes de hacer recomendaciones o de aplicar un tratamiento, y al mismo tiempo sea alguien, que está en el "frente" tomando decisiones sobre la marcha para ayudar a los pacientes que se encuentran sumidos en graves y complejos problemas, cuando el conocimiento producido en laboratorio es prácticamente inexistente? Hay quienes afirman que la actividad científica y la práctica profesional son incompatibles y que es necesario decidirse por una de las dos. Así, hay estudiantes que se vuelven completamente subjetivos e intuitivos, para ellos la misma palabra "datos" llega a ser despreciable, mientras que otros se transforman en investigadores de tiempo completo con la esperanza de que los resultados de su investigación de laboratorio pueda un día lograr que la práctica profesional llegue a ser científica.

Esta polarización puede acarrear muy graves consecuencias. Con frecuencia aisla al que se dedica a la práctica profesional de los resultados de la investigación

que podrían ser de utilidad para el trabajo práctico, y por otro lado puede colocar al investigador en un ambiente de laboratorio tan artificial que los resultados de su investigación sólo sean aplicables en otros laboratorios en los que se den situaciones similares, pudiendo perder de vista algunos de los problemas clínicos más importantes y más interesantes. Estas situaciones límite se ven a veces con alarma, porque podrían significar una disminución de la influencia mutua que podrá darse entre los investigadores y los que están en la práctica profesional, pudiendo comprometer, en opinión de algunos observadores, el futuro de la misma Psicología clínica.

Por eso y a pesar de las presiones que hay para llevar a cabo una completa diferenciación entre el aspecto científico y el de la práctica profesional (con programas completamente diferentes, por ejemplo), otra alternativa más difícil quizás, pero mucho más atractiva, sigue pareciendo la mejor opción. Consistiría en organizar una carrera que evite identificarse exclusivamente con la investigación científica *o* con la práctica profesional, produciendo, utilizando y respetando la experiencia de los dos campos, el científico y el de la práctica profesional, de tal manera que se alimenten mutuamente en vez de hacerse mutuamente la competencia.

Si es legítimo considerar el pasado como indicador del futuro, se podría afirmar que las distintas posiciones en este problema van a continuar en contacto y enfrentándose." Este problema surge de la diferencia de puntos de vista. Los que consideran la Psicología clínica como un arte y hacen poco uso del laboratorio se sitúan generalmente en un lado de la contienda, mientras que los que desconocen la importancia del juicio subjetivo y de otros aspectos aparentemente no científicos de la práctica psicológica, se encuentran en el otro bando. Pero, no se puede predecir con la misma certeza de qué lado van a estar quienes consideran la psicología clínica como una especialidad en la que actualmente se dan todavía algunos aspectos de arte, pero que tiene una base científica sólida, y que va creciendo en su capacidad de aprovechar ambos aspectos.

Estas diferencias de orientación de los psicólogos se deben a la amplitud de su campo, y no se limita a la controversia entre ciencia y práctica profesional. En la medida en que ha crecido la importancia de la Psicología clínica, ha ido desapareciendo la preocupación por defender su derecho a existir, permitiendo una mayor tolerancia para las ideas divergentes, no sólo sobre el papel de la terapia y de la formación, sino también sobre problemas más fundamentales como son el desarrollo de los problemas del comportamiento y los sistemas que se pueden utilizar para aliviarlos. En el siguiente capítulo vamos a examinar las teorías que han tenido mayor influencia en este sentido, indicando la manera cómo influyen en la conducta cotidiana de los psicólogos.

[11] A quienes interese conocer con mayor detalle los argumentos que se siguen esgrimiendo, les gustará leer a Albee (1970, 1975), Cook (1965) Garfield (1966), Hathaway (1958), Korman (1976), Mayman (1964), Rabin (1974), Shakow (1969, 1975) y Tryon (1963). Un artículo firmado por Perloff (1978) identifica a los "científicos" y a los que están en la "práctica profesional" con los egipcios y los israelitas, haciendo ver el aspecto humorístico del conflicto.

Capítulo 3

Los modelos de la Psicología clínica

Para apreciar plenamente las dimensiones de un objeto, uno debe observarlo desde varios ángulos; ésta es la razón por la cual a menudo se exhibe una escultura en un sitio donde el espectador puede caminar a su alrededor. Los acontecimientos también están sujetos a varias interpretaciones de acuerdo con diferentes puntos de vista. Cuando dos o más personas observan un suceso, ya se trate de un partido de fútbol, un accidente automovilístico, una interacción social o cualquier cosa, es muy probable que cada testigo reconstruya una versión diferente que refleje su perspectiva e interpretación particular de lo que ocurrió. Este fenómeno se mantiene tan constante que los maestros a menudo ponen en escena en el salón de clase acontecimientos inesperados y fuera de lo común (tales como un intento de "asesinar" al profesor por parte de un "antiguo estudiante inconforme") con el fin de demostrar a los alumnos la inevitable variabilidad que se da en los recuerdos de los observadores.

Cuando se escuchan diferentes relatos de un mismo hecho basados en diferentes puntos de vista uno se puede confundir, pero también las diversas versiones pueden aclarar el hecho si, como en el caso de la estatua, uno tiene la posibilidad de examinar todos los ángulos. Y aunque no se descubra necesariamente la "verdad absoluta" acerca de un hecho, una relación o una persona, por lo menos tendrá la seguridad de que no se ha ignorado en forma absoluta la información potencialmente importante. Hace ya algún tiempo, los directores y guionistas ci-

nematográficos han reconocido el valor de usar la estrategia de presentar varios puntos de vista con el objeto de profundizar sobre el análisis de la conducta humana: *Rashomon* de Kurosawa[1] y *El Ciudadano Kane* de Orson Wells nos proporcionan muy buenos ejemplos de la mayor comprensión que se puede obtener al recopilar varias versiones de la "misma" historia.

Como se mencionó en el capítulo 1 y se simplificará en los siguientes cuatro capítulos, los psicólogos clínicos generalmente adoptan una estrategia similar al buscar varios tipos de información para obtener una evaluación del cliente a partir de fuentes diversas. En este aspecto, los psicólogos clínicos comparten características operativas semejantes a las de los detectives privados competentes, comisiones de estudio de las cámaras, reporteros investigadores y otras personas que se interesan en tratar de entender completamente un determinado tema. La misma orientación abierta y comprensiva puede ser de gran valor para el estudiante que se inicia en la Psicología clínica, debido a que esta disciplina se parece mucho a una estatua: Hay muchas formas de mirarla y en cada forma se descubren algunos aspectos y se obscurecen otros. No puede surgir el panorama completo hasta que el espectador se familiarice con la variedad de puntos de vista que existen.

El propósito de este capítulo es analizar tres de los puntos de vista más importantes: los modelos psicodinámicos, de aprendizaje social y fenomenológico de la psicología clínica. Nos referimos a ellos como *modelos* debido a que ofrecen descripciones a pequeña escala de las formas en que varios pensadores han abordado el tema de la conducta humana en general y la psicología clínica en particular. Cada modelo nos describe cómo se desarrolla la conducta y se vuelve problemática y todos han ejercido una clara influencia sobre los estilos de evaluación, tratamiento e investigación de sus seguidores.

Por ejemplo, si el modelo o aproximación de Psicología clínica de uno se basara en la suposición de que la conducta humana está principalmente determinada por la alimentación, esta suposición probablemente lo conduciría a afirmaciones acerca de la forma como el régimen alimenticio afecta el desarrollo conductual durante la infancia, niñez, adolescencia y vejez (por ejemplo "La comida dulce y blanca produce el pensamiento sentimental y la conducta con mala coordinación de los infantes y ancianos, mientras que la comida que es más sólida y los hábitos alimenticios maduros y estables dan como resultado procesos claros de pensamiento y conducta motora óptimamente eficiente"). Además, un modelo nutricional podría sugerir algunas hipótesis acerca de la aparición de la conducta perturbada en la cual, digamos, el exceso de carbohidratos se asociaría con la ansiedad, el consumo de grandes cantidades de refrescos produciría alucinaciones o la escasez de proteína estaría implicada con la aparición de los rituales obsesivos. Además de explicar la conducta humana observable, este modelo hipotético enfocaría las actividades de evaluación del psicólogo clínico sobre el campo alimenticio. Se podrían desarrollar procedimientos especializados de medición con el fin de obte-

[1] La película *The Outrage* es una adaptación norteamericana de esta y le puede ser más familiar al lector.

ner una información precisa y detallada sobre los hábitos alimenticios pasados y presentes del cliente para vigilar y controlar los componentes nutricionales de cada una de sus comidas.

El modelo anterior preferiría emplear ciertos tratamientos clínicos en lugar de otros. Probablemente se verían como fundamentales las modificaciones en la dieta programadas de manera cuidadosa, mientras que si sólo se limitase a hablar acerca de su problema se podría considerar una pérdida de tiempo. Por último, la investigación conducida por los psicólogos clínicos comprometidos con un modelo nutricional se dirigiría hacia metas principalmente sugeridas por ese modelo. Aparecerían grandes cantidades de experimentos diseñados para aclarar las relaciones funcionales entre el consumo alimenticio y la conducta, o para juzgar la importancia de los procedimientos particulares de evaluación o modificación de dietas; y los resultados dé los estudios desempeñarían un papel importante en la popularidad o influencia del modelo que los generó. A partir de tales experimentos podría surgir una multitud de problemas metodológicos únicos y de esta manera se engendraría una nueva ola de investigación cuyo objetivo principal sería mejorar la investigación previa.

La importancia de los modelos

El modelo recién descrito puede o no ser adecuado, pero de cualquier forma realza los aspectos positivos de cualquier aproximación sistemática a la Psicología clínica: Aun cuando un modelo se desacredite en última instancia, puede ser muy valioso al ayudar al clínico a organizar tanto sus ideas como sus acciones y comunicarlas en un "lenguaje" común a sus colegas.

Sin un modelo, lo anterior no siempre es una tarea fácil. La conducta humana es extremadamente compleja y puede ser explorada a partir de varios niveles, desde la actividad de las células y sistemas de órganos hasta las respuestas motoras abiertas, hasta el funcionamiento cognitivo y la interacción social. Si se agrega a esto el reconocimiento de que existe una cantidad casi infinita de maneras en las cuales se puede interpretar, evaluar, describir, investigar y alterar la conducta, no resulta sorprendente la afirmación de que el psicólogo clínico "conlleva una lucha continua en contra de la confusión" (Sundberg, Tyler y Taplin, 1973, p. ,93). Debemos decidir qué aspectos de la conducta merecen una atención especial y cuáles no deben ser menospreciados, qué tipos de datos de evaluación son de interés y cuáles son menos pertinentes, qué técnicas de tratamiento son dignas de explorarse y cuáles deben descartarse, hacia cuáles debemos dirigir la investigación y cuáles son menos prometedoras. Un modelo o aproximación sistemática puede ayudar a guiarnos en estas decisiones acerca de los fenómenos complicados que no pueden confundir, y proporciona alguna tranquilidad al clínico introducir algún orden en aquello que podría haber sido un caos conceptual.

El símil de un modelo particular como un tipo de mapa, brújula y guía típicamente atrae a los seguidores cuyo compromiso con el modelo va desde un escepticismo sano a un entusiasmo casi fanático. Sin embargo, la utilidad personal de los modelos clínicos que se estudiarán en este capítulo debe distinguirse de su va-

lor científico, el cual se evalúa a partir de dimensiones distintas de la comodidad, atractivo superficial o número de seguidores. Por consiguiente, al leer este capítulo es importante tener presente que, en términos científicos, los mejores modelos clínicos son aquéllos cuyas implicaciones e hipótesis pueden ser investigadas rigurosamente en una amplia variedad de situaciones. Un buen modelo debe incluir una explicación completa, eficiente y verificable del desarrollo, mantenimiento y modificación tanto de los aspectos problemáticos como no problemáticos de la conducta humana. Los modelos que cumplen con estos requisitos permiten la evaluación experimental de laboratorio y la revisión sistemática en la aplicación clínica; de manera ideal, se mantendrán firmes o caerán en la medida en que se vayan acumulando los datos. "Solamente los modelos que no se pueden probar nunca perecen. Ni siquiera se desvanecen, desafortunadamente" (Zubin, 1969, p.6).

Algunas precauciones acerca de los modelos

A pesar de que los modelos clínicos pueden ayudar a organizar las ideas que se tengan acerca de la conducta humana, a guiar las decisiones y funciones clínicas y a facilitar la comunicación profesional, su valor no es ilimitado. De hecho se ha argumentado que las mismas características que se consideran como ventajas principales de los modelos clínicos también pueden presentarse como sus desventajas fundamentales. Lo anterior debe confirmar de manera definitiva el poder de penetración de varios puntos de vista. Por ejemplo al adoptar el punto de vista de un determinado modelo, uno puede organizar completamente sus ideas acerca de la conducta a tal grado que se convierta en una perspectiva rígida, ortodoxa y cerrada a ideas nuevas y potencialmente valiosas. Esto aumenta el peligro de que se desarrolle un enfoque petrificado, en lugar de organizado, de la psicología clínica.

Además, la adhesión ciega a un modelo particular puede reducir el funcionamiento clínico a un nivel automático o reflejo en el cual la evaluación objetiva y la modificación subsecuente de la práctica profesional se tornan cada vez menos probables. Como resultado, el psicólogo clínico exageradamente dependiente de un modelo puede realizar su evaluación, tratamiento, investigación y otras actividades estrictamente de acuerdo con los dictámenes de un modelo, debido a que él o ella siempre los ha conducido de esa forma, independientemente de la evidencia experimental o de los resultados de los estudios de casos que pueden indicar la necesidad del cambio (véase Mahoney, 1976; Thorne, 1969).

Por último, un modelo es algo parecido a una región geográfica en el sentido de que en él se desarrolla un "idioma" o "lenguaje" propio. Esto facilita la comunicación entre las personas que pertenecen a esa región pero puede impedir el intercambio de opiniones entre estos "oriundos" y "extranjeros". A menudo, el intercambio de ideas e información entre las personas que están comprometidas con distintos modelos de la psicología clínica se ve obstaculizado por este tipo de barrera de "lenguaje". En casos como éste, ambas partes pueden pensar que están hablando de manera inteligible y que están comprendiendo lo que escuchan cuando, de hecho, no están transmitiendo sus juicios debido a que los términos que emplean se basan en un modelo particular e interfieren los significados especializados. Son frecuentes las discusiones largas y acaloradas de este tipo que se

dan por terminadas cuando los participantes finalmente se percatan que estaban de acuerdo. Afortunadamente, la mayoría de los problemas asociados con la adopción de los modelos clínicos se pueden reducir de manera significativa al evitar el compromiso apasionado que fomenta la rigidez conceptual, la inflexibilidad conductual y la miopía semántica. Esto no significa que una referencia consistente y sistemática a un modelo particular sea perjudicial; por lo contrario, puede ser beneficiosa. Sin embargo, si una persona comprende y aprecia otros puntos de vista puede obtener una especie de seguro de vida en contra de la pobreza de criterio que podría ser perjudicial para los clínicos y sus clientes. Se espera que el contenido de este capítulo sirva para estos fines. Las personas que ya están familiarizadas con las teorías psicodinámicas, de aprendizaje social y fenomenológicas de la personalidad probablemente conozcan una gran cantidad del contenido siguiente, pero se hará el intento de trascender la teoría abstracta y esquematizar la estrategia de la conceptualización, evaluación y tratamiento clínicos que emana de cada modelo y que puede ser aplicada en los casos individuales. En capítulos subsecuentes, se ha de considerar la aplicación de estas estrategias a la acción mediante tácticas específicas.

Una última consideración: ninguno de los modelos que se estudiarán aquí constituye una sola entidad completa. Cada uno está compuesto por un conjunto de variaciones sobre un tema básico y, por lo tanto, para reseñar adecuadamente cada modelo, será necesario describir algunas de estas variaciones.

EL MODELO PSICODINÁMICO

Las raíces del modelo psicodinámico se encuentran en las obras de Sigmund Freud, a finales del siglo xix, pero se ha ampliado tanto que incluye las ideas de los pensadores que han revisado los conceptos de Freud e incluso aquéllos que las han rechazado. El modelo se fundamenta en las siguientes suposiciones principales:

1. La conducta humana y su desarrollo se determina principalmente mediante los hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente (es decir *intrapsíquicos).*

2. Los factores intrapsíquicos proporcionan las causas subyacentes de las conductas que se manifestaron abiertamente, sean éstan problemáticas o no. Por lo tanto, así como la ansiedad que incapacita o los delirios de persecución de un paciente perturbado se adjudicarían a conflictos no resueltos o a necesidades no satisfechas, la conducta extrovertida y amistosa de un conocido en contraste podría verse como ocasionada a partir de los sentimientos internos de temor o minusvalía o de un deseo latente de lograr más popularidad que un hermano.

3. Los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la satisfacción o frustración de las necesidades e impulsos básicos. Debido a la participación fundamental y potencial, relacionada con las necesidades *básicas.* Se da especial énfasis y atención a las relaciones con los padres, hermanos, abuelos, compañeros y personas con autoridad (por ejemplo maestros) en la edad temprana. Hay, por lo tanto, un sabor histórico único en el modelo psicodinámi-

co y un enfoque sobre la importancia de los hechos pasados más que los hechos presentes.

4. La evaluación clínica, el tratamiento y las actividades de investigación deberían dirigirse a la búsqueda y funciones de los aspectos sutiles de la actividad intrapsíquica la cual, a pesar de que a menudo se oculta de la observación directa, debe ser tratada si hemos de comprender la conducta y aliviar los problemas conductuales.

Psicoanálisis freudiano

El enfoque freudiano, llamado *psicoanálisis,* a menudo se considera un tipo de *modelo médico* (Ullman y Krasner, 1975) debido a que como vimos en el último capítulo, esta teoría pone especial atención en la anormalidad y apareció en una época en que había un gran interés en el descubrimiento de las causas orgánicas de las "enfermedades mentales". Este ambiente, además del entrenamiento mismo de Freud como médico, acentuó los paralelismos entre su pensamiento básicamente psicológico y la orientación de patología que prevalecía en este periodo para explicar la conducta. Se interpretaban los conflictos intrapsíquicos y otros factores psicológicos como analogías de los *procesos de enfermedad* y las conductas problemáticas se convirtieron en *síntomas* de esos procesos. Por consiguiente, las personas perturbadas que acudían a los médicos o eran internadas en hospitales debido a lo que podrían ser problemas de origen psicológico, de acuerdo a Freud, aún se consideraban *pacientes,* y los conceptos psiquiátricos y médicos tradicionales de *diagnóstico, pronóstico, tratamiento* y *curación* se emplearon en su manejo. Por lo tanto, desde el punto de vista freudiano se consideraba que la "enfermedad" de las personas con problemas era causada por un desorden que a pesar de que no fuese *realmente* una enfermedad infecciosa, disfuncionamiento de un sistema orgánico, o daño físico, podría ser de todas formas clasificado o catalogado como las otras enfermedades. Esta analogía médica produce un manejo de los pacientes con la compasión, respeto y preocupación semejantes a la que demuestra cualquier médico por una persona enferma que no es responsable de su enfermedad.

El modelo freudiano psicodinámico se basó en un número reducido de principios fundamentales. Uno de éstos es el *determinismopsíquico,* una creencia acerca de que la conducta no ocurre al azar sino de acuerdo con causas identificables que en algunas ocasiones son manifiestas y en otras se ocultan tanto de la vista de los observadores externos como del mismo individuo que se comporta de una determinada manera. Desde esta perspectiva, la mayoría si no todas las conductas (hasta los "accidentes") se consideran significativas ya que pueden proporcionar pistas para los conflictos y motivaciones latentes (Freud, 1914). De esta forma, la lectura de la palabra "seno" cuando el texto en realidad dice "sano", el olvido del nombre de un pariente, o la pérdida de un libro prestado, se pueden interpretar como la expresión de sentimientos, deseos, miedos, o impulsos que pueden estar fuera de la conciencia. A la parte del funcionamiento mental que se consideraba fuera de la conciencia y cuyo acceso era difícil la llamó inconsciente.

En el capítulo 2 se mencionó otro de los postulados básicos de Freud, que se refiere a la creencia de que los patrones de conducta humana se derivarude una lu-

cha continua entre el deseo del individuo para satisfacer sus instintos innatos sexuales y agresivos y la necesidad de considerar las exigencias, normas y realidades del mundo externo. Él consideraba que cada individuo se enfrentaba a una búsqueda que perduraba toda la vida para encontrar la forma de expresar las tendencias instintivas socialmente inapropiadas sin contraer el castigo físico u otras consecuencias negativas. Un ejemplo perfecto de la modificación del impulso agresivo a la luz de los hechos de la realidad es el caso de un niño de 7 años que después que su mamá le negó el permiso para salir, se comió 46 galletas (llamadas "Lady fingers") y las vomitó delante de las amigas de su madre reunidas para el juego de canasta. De hecho, Freud consideraba que la mente humana era un tipo de arena donde lo que la persona *desea* hacer (el instinto) debe lidiar con los dictámenes más limitantes de lo que *puede* o *debe* hacer (la razón y la moralidad) y donde se tienen que lograr determinadas soluciones de manera dolorosa.

La estructura mental En el sistema de Freud, los instintos primitivos inconscientes constituyen el *id*, que está presente desde el nacimiento y contiene toda la energía psíquica o *libido* disponible para motivar la conducta. El id busca la gratificación de sus deseos sin tolerar demora, y por lo tanto se dice que opera con base en el *principio del placer* (es decir, "¡Si te gusta, hazlo!")- A medida que crece el recién nacido y el mundo externo comienza a imponerle cada vez un mayor número de limitaciones, impidiendo la gratificación directa del id, se desarrolla el *ego* como una ramificación parcialmente consciente y parcialmente inconsciente del id y comienza a encontrar válvulas de escape para la expresión instintiva. Por ejemplo, en el caso del niño de 7 años citado anteriormente, su ego fue el que inspiró la venganza descargada sobre la madre. Debido a que el ego se adapta a las exigencias externas, opera con base en *principio de realidad* (es decir, "Si lo haz de hacer, por lo menos hazlo de manera discreta"). Un tercer componente mental, denominado *superego,* es también el resultado de la influencia socializante de la realidad. El superego equivale aproximadamente a lo que llamamos "conciencia", ya que el término implica las enseñanzas familiares y culturales acerca de la ética, la moral y los valores. Según Freud, se internalizan estas enseñanzas a medida que se desarrolla el superego, y finalmente se convierten en los ideales propios de la persona. Uno podría decir que el superego es la representación intrapsíquica de la sociedad, que persigue promover la conducta perfecta, conformista y socialmente aceptada, lo cual se opone casi directamente a las motivaciones del id.

Mecanismos de defensa La estructura mental tripartita de Freud constantemente se ve embrollada en conflictos internos (véase la Tabla 3-1) y como resultado de ello se genera la ansiedad. El ego intenta mantener alejados de la conciencia estos conflictos y la incomodidad que ocasionan, utilizando varios *mecanismos de defensa,* generalmente a un nivel inconsciente. Uno de los mecanismos más comunes es la *represión* en que el ego "detiene" la entrada en la conciencia de un pensamiento, memoria, sentimiento o impulso, que se consideran inaceptables. Un individuo que no experimenta de manera consciente su odio puede estarlo *reprimiendo* (cuando una persona conoce su impulso y *conscientemente* trata de negar su existencia, el proceso se denomina *supresión).* Sin embargo, la represión requiere un gran esfuerzo constante (parecido al intento de mantener un globo

Tabla 3-1 Algunos ejemplos de conflictos intrapsíquicos

Conflictos	Ejemplo
El id vs. el ego	La elección entre una recompensa pequeña inmediata y una recompensa mayor que requiere de un periodo de espera (es decir, demora de la gratificación).
El id vs. el superego	La decisión de regresar una cantidad de dinero cuando nos hayan pagado en exceso o cobrado por debajo del precio.
El ego vs. el superego	La elección entre actuar de una forma realista (por ejemplo, decir una "mentira blanca") o apegarse a un parámetro potencialmente costoso o no realista (por ejemplo, siempre decir la verdad).
El id y el ego vs. el superego	La decisión entre devolver el ataque a un opositor débil o "poner la otra mejilla".
El id y el superego vs. el ego	La decisión de actuar de una forma realista que se opone a tus deseos y convicciones morales (por ejemplo, la decisión que enfrentan los católicos romanos conservadores acerca del uso de medios anticonceptivos).
El ego y el superego vs. el id	La elección de actuar "impulsivamente" y robarse algo que uno no puede comprar. El ego supuestamente estaría cada vez más comprometido en este conflicto a medida de que la probabilidad de ser descubierto aumente.

Fuente: Robert M. Liebert y Michael D. Spiegler, *Personality: Strategiestor* the Study of Man, rev. ed. Homewood, III. The Dorsey Press, 1974, p. 73 by The Dorsey Press.

inflado sumergido en el agua), y los contenidos indeseables pueden amenazar "salir a la superficie" en determinados momentos.

Para protegerse de lo anterior, se dice que el ego emplea otras defensas inconscientes. Una de éstas se denomina *formación reactiva*, en la cual la persona piensa y actúa de una manera completamente opuesta a su impulso inconsciente. De esta forma un hijo que detesta a su padre expresaría un amor y afecto desbordantes y una preocupación exagerada por su padre o, en caso de que el mecanismo de defensa que empleara fuese la *proyección*, el hijo atribuiría los sentimientos negativos a otras personas y las acusaría de tratar de una manera incorrecta a sus padres. El mecanismo del *desplazamiento* en realidad permite cierto grado de expresión de los impulsos del id, pero dirige dicha expresión hacia objetos o personas menos peligrosos, tales como los compañeros de trabajo o algunas otras "figuras paternas". La crítica violenta e injusta de un colega aparentemente inofensivo con uno de edad mayor y algo senil, por ejemplo, podría considerarse como un desplazamiento. Si los impulsos del id de expresan realmente, digamos, a través de críticas al padre, el hijo puede *racionalizar o* "justificarse" al señalar que realmente lo hace por "el bien del padre" y que verdaderamente su conducta sólo refleja su preocupación amorosa. El mecanismo de defensa que para Freud era más adaptable en términos sociales es la *sublimación*. En ésta, la expresión de los impulsos prohibidos se canalizan a través de actividades productivas y hasta creativas, tales como la escritura, pintura, actuación o baile.

Mientras que la sublimación puede proporcionar una solución relativamente permanente al problema de cómo defenderse de la ansiedad, se consideran menos deseables los otros mecanismos debido al gran desperdicio de energía psíquica que producen. Además, bajo condiciones de gran "stress" (tensión) pueden fallar, y así obligar la recaída, o *regresión,* de la persona a los niveles de comportamiento que son típicos de los estadios más tempranos y menos maduros. La regresión parcial puede producir conductas que sólo son inmaduras o inapropiadas para la edad y posición social de una persona; la regresión más profunda se asocia con la aparición de conductas perturbadas tan graves que requieren internar a la persona en un hospital. La extensión y profundidad de la regresión en un caso determinado depende en parte de la historia del *desarrollo psicosexual* del individuo.

Etapas de desarrollo Freud postulaba que, a medida que se desarrolla un recién nacido, él o ella atraviesan varios estadios psicosexuales; cada una de estas etapas obtiene su nombre a partir de la parte del cuerpo que proporciona más placer durante ese periodo. A la etapa que comprende aproximadamente el primer año se le llamaba etapa *oral* porque las actividades tales como comer, chupar y otras de naturaleza oral son las que predominan como fuentes de estimulación placentera. Si, debido al destete de botella o pecho, prematuro o demorado, se frustran o se consienten excesivamente las necesidades orales, es posible que al niño se le impida atravesar el estadio oral sin que se aferré, o se quede *fijado* en los patrones de comportamiento que pertenecen a esta etapa. Se pueden considerar como oralmente fijados los adultos que manifiestan o dependen de manera improcedente de patrones de conducta "oral" tales como fumar, sobrealimentarse, hablar en exceso, o emitir sarcasmos "mordaces". Freud sentía que cuando más fuerte era la fijación del individuo en un estadio psicosexual determinado, el número de conductas típicas de esta etapa sería mayor y por lo tanto se manifestarían con mayor regularidad; asimismo, sería más probable que bajo condiciones de tensión ocurriera la regresión hacia ese nivel. Algunas veces los freudianos consideran que los casos en que una persona se vuelve totalmente dependiente de los demás, deja de hablar, y cesa de cuidarse y eliminar alimentos por sí misma, reflejan una regresión casi completa al periodo oral.

La segunda etapa de desarrollo de Freud se conocía como la etapa *anal,* debido a que él juzgaba que el ano y los estímulos asociados con la eliminación y retención de las heces se convertían en los factores más importantes después del estadio oral. El rasgo más importante de este periodo es el entrenamiento en el control de esfínteres y se pensaba que la fijación anal podría ser el resultado de prácticas demasiado estrictas o especialmente indulgentes en este aspecto. Las conductas adultas que se asocian con una posible fijación anal incluyen el comportamiento excesivamente "apretado", controlado o hábitos "sueltos" o desordenados: las personas que son tacañas, obstinadas, muy ordenadas, interesadas en la limpieza o los pequeños detalles, y aquellas que son desaliñadas, desorganizadas y exageradamente generosas con su dinero podrían considerarse como individuos que manifiestan características anales.

El niño entra a la etapa *fálica* según Freud cuando los órganos genitales se vuelven su fuente primaria de placer, aproximadamente a la edad de cuatro años. Como lo sugiere el nombre que dio a este periodo, Freud prestó más atención al desarrollo psicosexual del sexo masculino. El teorizó que durante la etapa fálica, el pequeño empieza a experimentar deseos sexuales hacia su madre y quiere hacer a un lado la competencia de su padre. Se le llamó a esta situación *edípica* debido a que ofrece una recapitulación del argumento de la tragedia griega, *Edipo, Rey*. Debido a que el niño teme ser castrado como castigo a sus deseos incestuosos y asesinos, el complejo edípico y su ansiedad concomitante se resuelve normalmente a través de la represión de los deseos sexuales hacia la madre y la imitación o *identificación* con el padre, y en el futuro por medio del encuentro de la pareja apropiada del sexo femenino. Freud esquematizó un proceso paralelo en las niñas, denominado conflicto de Electra (el nombre de otro personaje del teatro griego), el cual en términos ideales concluye en la identificación del papel femenino y la selección de un compañero aprobado del sexo masculino.

Freud creía que la resolución afortunada de los conflictos intrapsíquicos inherentes a la etapa fálica era muy difícil pero vital para el desarrollo psicológico sano. Se consideraba muy común la fijación en la etapa fálica y también se le hacía responsable de muchos de los problemas interpersonales en la edad adulta, tales como la agresión y las prácticas sexuales que se reprueban socialmente, por ejemplo, la homosexualidad, el exhibicionismo y el fetichismo.

El periodo que sigue a la etapa fálica en el sistema de Freud se le llamó *latente* y él pensaba que persistía hasta la aparición de la adolescencia en la que la madurez física y sexual del individuo se anuncia en la etapa *genital*. En esta "etapa" final (que en realidad perdura a través de toda la edad adulta), el placer se enfoca en la zona genital nuevamente, pero, si el desarrollo durante las fases anteriores ha sido adecuado, el placer sexual no se limita tan sólo al autoerotismo típico del periodo fálico, sino que se dirige hacia el establecimiento de una relación heterosexual estable y a largo plazo en la cual las necesidades de la otra persona se valoran y se toman en cuenta.

Posturas psicodinámicas relacionadas con él

Freud fue variando considerablemente sus ideas originales a través del tiempo. Sus modificaciones, revisiones y enmiendas al psicoanálisis hacen posible la alusión a varias ediciones de la teoría de Freud, pero permaneció comprometido con determinados principios cardinales entre los cuales destaca la base instintiva de la conducta humana. Precisamente fue este dogma, que gozó de poca popularidad, el que instigó a otras personas a crear algunas variaciones del modelo psicodinámico. Algunas de estas variantes consistieron en pequeños giros respecto a la importancia otorgada a ciertos temas, mientras que otras representaron verdaderas rupturas con las nociones de Freud. Casi todas las variaciones de la teoría de Freud tienen dos características en común: (1) la insatisfacción con el papel central que desempeñaban los instintos inconscientes en la motivación, y (2) el mayor reconocimiento de la influencia que ejercían las variables sociales y culturales sobre la conducta humana.

En las variaciones menos radicales y con pequeños cambios, por ejemplo, el ego se tipificó como un mecanismo ambiental positivo y creativo, considerándolo además, como el arbitro de los conflictos intrapsíquicos. En estas versiones de la teoría de Freud (por ejemplo, Hartman, 1939) no se considera que el ego se desarrolla completamente a partir del id y sus conflictos con el ambiente, sino más bien como una entidad que posee su propia energía y potencial de crecimiento independiente, la cual no está paralizada en las funciones defensivas inconscientes. Este tipo de formulaciones atrae más la atención de muchos clínicos con una orientación psicoanalítica, debido a que presenta una imagen de la conducta humana más positiva y más libre del yugo de los instintos.

Las obras de Erik H. Erikson, un psicólogo norteamericano que siguió a Freud en muchos aspectos pero que juzgó necesario acentuar la importancia de los factores sociales en el desarrollo humano, encarnan otra revisión importante del psicoanálisis. Erikson (1959-1963) bosquejó una secuencia de etapas *psicosociales* más elaboradas que el esquema psicosexual de Freud y también más orientadas hacia las interacciones que tiene el individuo con las demás personas. En cada una de las ocho etapas de Erikson (véase la Tabla 3-2), el individuo se enfrenta a una crisis social con dos opciones: o la resuelve con éxito o la deja parcialmente sin resolver. Los resultados positivos en cada etapa facilitan que la persona maneje con mayor habilidad la crisis siguiente, mientras que los problemas no resueltos interfieren en el desarrollo posterior. Aquí se puede observar el paralelo de la teoría de Erikson con la de Freud, así como se nota una semejanza en la atención que ambos prestan a la naturaleza social del desarrollo humano.

Muchos de los seguidores de Freud que realmente rechazaron algunos de los aspectos del psicoanálisis en lugar de limitarse a revisarlos, originalmente habían

Tabla 3-2 La teoría de desarrollo de Erikson

Etapa de Desarrollo	Crisis
1. Oral-sensorial del nacimiento a los $1^1/_2$ a 4años)	La confianza básica versus la desconfianza, se aprende a desarrollar confianza en los padres, en uno mismo y en el mundo.
2. Muscular-anal (de $1^1/_2$ a 4 años)	La autonomía versus la duda y la vergüenza: se desarrolla un sentido de autocontrol sin perder la autoestima.
3. Genital locomotor (de 4 a 6 años)	La iniciativa versus la culpa: se desarrolla una conciencia, el papel sexual y se aprende a asumir una tarea por el gusto de ser activo y creativo.
4. Lactancia (de 6 a 11 años)	La industria versus la inferioridad: se recibe una educación sistemática, y se desarrolla la determinación de obtener dominio sobre lo que se hace.
5. Adolescencia	Desarrollo de la identidad versus la confusión del papel ("role"): no ¿Quién soy? sino ¿Cómo puedo ser?
6. Adulto joven	La intimidad versus el aislamiento: se estudia y se trabaja hacia una carrera específica, se selecciona un compañero para una relación íntima y duradera.
7. Edad adulta	La generatividad versus el estancamiento: se desarrolla la preparación paterna para la siguiente generación y el apoyo de los valores culturales.
8. Madurez	Logro de la integridad del ego versus la desesperación: se logra el desarrollo de la sabiduría y una filosofía de la vida.

Fuente: Bourne y Ekstrand (1976).

sido sus discípulos iniciales. Por ejemplo, Alfred Adler fue uno de los miembros originales de la escuela psicoanalítica pero posteriormente repudió la teoría instintiva de la conducta, se separó de Freud y desarrolló sus propias teorías. En el *Análisis Individual* de Adler, el factor psicológico más importante en la conducta humana y su desarrollo es la inferioridad y no el instinto.

Al observar el hecho de que cada persona comienza su vida en una posición indefensa, dependiente e inferior, Adler sugirió que la conducta después del nacimiento representa una "tendencia hacia la superioridad" (al principio dentro de la familia y después en la sociedad) y que las maneras particulares en que cada individuo busca la superioridad conforman su *estilo de vida.* Consideró que los estilos de vida adaptativos se caracterizaban por la cooperación, el interés social, el valor, el sentido común y pensaba que los desadaptativos reflejaban una competitividad extremada, una falta de interés en los demás y una distorsión de la realidad. Además, quizá el aspecto más importante es que Adler creía que los estilos de vida desadaptativos y los problemas conductuales que ocasionan se deben a las ideas o conceptos erróneos que tiene la persona acerca del mundo y de las demás personas y no a los conflictos inconscientes no resueltos. Como ün ejemplo, considérese al niño pequeño que descubre a una edad temprana que él puede tener un cierto grado de control sobre los demás (y por ende experimentar sentimientos de superioridad) al pedirles y hasta exigirles que lo ayuden en todas las cosas importantes para él, desde vestirlo hasta darle de comer. Al pasar el tiempo, este niño puede desarrollar una idea errónea acerca de que él es un "caso especial" y que en realidad él no puede hacer frente a las exigencias que le presenta el mundo sin la ayuda de los demás. La persona con un estilo de vida que evoluciona a partir de una idea tan equivocada puede siempre dar la impresión de estar asustada, ofendida, enferma o incapacitada, a tal grado que requiere de la atención y consideración especial de los demás. (Véase Mosak y Dreikurs, 1973, para obtener mayores detalles acerca de la teoría adleriana.)

Adler no fue el único de los discípulos sobresalientes de Freud que inició su propia escuela de pensamiento. Otto Rank proporciona otro ejemplo. De manera semejante a Adler, Rank rechazó la importancia que otorgaba Freud al sexo y la agresión como la base de la conducta humana, y concentró su atención en la dependencia básica del niño en desarrollo y en su capacidad potencial innata para un crecimiento positivo. Rank consideró que el *trauma del nacimiento era* muy significativo porque comprende un cambio repentino y brusco del mundo pasivo y dependiente del feto al mundo caótico externo que exige un grado de independencia cada vez mayor. Por lo tanto, Rank consideraba que el nacimiento proporcionaba el prototipo del conflicto humano básico entre el deseo de ser dependiente ("regresar al vientre") y la tendencia innata dentro de cada persona a crecer física y psicológicamente hasta lograr la independencia completa. El fracaso de una persona para resolver este conflicto fundamental, según Rank, era la raíz de todos los problemas humanos de comportamiento.

Desde luego, existen muchas más versiones y modificaciones de las ideas de Freud y todas forman parte del modelo psicodinámico de la psicología clínica. Las perspectivas de los autores con una orientación dinámica, tales como Cari Jung,

Harry Stack Sullivan, Karen Horney, Erich Fromm y Melanie Klein, ayudarían a que completara el panorama el que estudia con seriedad el modelo psicodinámico. Sus formulaciones se encuentran resumidas en algunos volúmenes clásicos tales como *Schools of Psychoanalytic Thought* de Munroe (1955) así como en publicaciones más concisas (por ejemplo, Mullahy, 1965). Es interesante notar que algunos de los autores que realizaron separaciones fundamentales con la teoría de Freud se alejaron en direcciones tan nuevas que uno podría argumentar que deberían ser excluidos del modelo psicodinámico por completo. Las ideas con una orientación social de hombres como Adler y Sullivan, por ejemplo, son bastante compatibles con algunas de las versiones de los modelos del aprendizaje social y fenomenológicos que estudiaremos a continuación.

EL MODELO DEL APRENDIZAJE SOCIAL

En lugar de subrayar la importancia y hasta la existencia de los conflictos intrapsíquicos, los instintos básicos, las tendencias innatas y otros constructos no observables para el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta humana, el modelo del aprendizaje social se concentra directamente en la conducta y su relación con las condiciones ambientales que la afectan. La suposición básica de todas las versiones de este modelo es que la conducta se ve influida por el *aprendizaje*[1] que se lleva a cabo en un *contexto social.*

Por lo tanto, las diferencias conductuales entre los individuos se atribuyen en gran parte a la historia única de aprendizaje de cada persona en relación con las personas y situaciones específicas a las que estuvo sometida y no a la "enfermedad mental" o a la "salud mental". Por ejemplo, bajo las condiciones de tensión ("stress") de un examen académico, el estudiante que haya oído hablar sobre los beneficios que se pueden obtener al copiar o haya tenido una experiencia directa de esta naturaleza puede emplear estos medios ilegítimos para obtener una calificación alta, mientras que un individuo que se ha visto recompensado en el pasado por el estudio arduo y una autoconfianza absoluta tendría menos probabilidades de comportarse deshonestamente. Los antecedentes culturales o subculturales de cada individuo se consideran como parte de su historia exclusiva de aprendizaje y desempeñan un papel significativo tanto en la aparición de las conductas "normales" como problemáticas (véase, por ejemplo, Ullman y Krasner, 1975). Al recibir una calificación como reprobado en un examen de vital importancia, por ejemplo, los valores culturales de algunos estudiantes propiciarían tanta vergüenza que podría causar un intento de suicidio mientras que, para otros, el reprobar suscitaría como resultado un deseo tradicional de venganza y un ataque al profesor.

Las semejanzas entre los individuos, dentro del modelo del aprendizaje social, se explican al señalar los factores que tienen en común las normas, valores e

[2]Se presupone que el lector está familiarizado con los principios del aprendizaje tales como el reforzamiento, castigo, extinción, reforzamiento parcial, generalización, descriminación y control de estimulo en el análisis que se presenta a continuación. Si el lector desconoce estos términos consúltese algún texto introductorio como Bourne y Ekstrana (1976) o Hilgard, Atkinson y Atkinson (1971) o fuentes con una orientación más clínica como Bandura (1969).

historias de aprendizaje y que comparten la mayoría de las personas que pertenecen a una misma cultura. De esta forma la atención prestada por los estudiantes durante una clase (o por lo menos el no estar tomando cerveza u ocupados en otras actividades recreativas) no se considerarían como una manifestación colectiva de algún proceso intrapsíquico sino, más bien, como el cumplimiento por parte del grupo de estudiantes del *papel de estudiantes* socialmente aprendido y que aparece en algunas situaciones académicas durante determinados periodos. También la conducta del profesor se interpretaría de una manera semejante. Su comportamiento en el salón de clase refleja el aprendizaje social previo de respuestas apropiadas que corresponden al *papel de profesor* y también puede limitarse a situaciones y lapsos de tiempo particulares.

Los mismos principios de aprendizaje que se invocan al explicar las diferencias y semejanzas *entre* los individuos, se emplean para explicar las circunstancias y discrepancias *dentro* de cada individuo. Desde la perspectiva del modelo del aprendizaje social, se considera que la consistencia conductual, a la cual el modelo psicodinámico podría referirse como la "personalidad" es ocasionada por el aprendizaje generalizado y/o las semejanzas de estímulo que pueden existir en un grupo de situaciones relacionadas. Por ejemplo, una persona puede permanecer tranquila y algo seria en la mayoría de las circunstancias si ese patrón de comportamiento le ha sido recompensado, de manera consistente o intermitente en el transcurso de varios años y a través de una variedad de ambientes que eventualmente forman una sola categoría de estímulos (tales como "las situaciones sociales"). El modelo del aprendizaje social tiene como meta comprender las *inconsistencias* intraindividuales y otros fenómenos humanos "impredecibles" en términos de la *especificidad conductual*. Mischel (1975, p. 75) lo resume adecuadamente:

> "Considérese una mujer que en algunas ocasiones parece ser hostil e independiente de una manera violenta, pero que en otras parece pasiva, dependiente y femenina. ¿Cómo es ella realmente? ¿Cuál de estas dos formas de comportarse refleja la mujer que es ella verdaderamente? ¿Podríamos decir que uno de estos patrones está al servicio de otro, o habrá un tercer motivo a cuya merced están ambos? ¿Se tratará realmente de una mujer castrante con una fachada de pasividad o es una mujer cariñosa, pasivo-dependiente con una forma superficial de defenderse a través de la agresión? La teoría del aprendizaje social sugiere que es posible que la dama sea *todas* estas cosas: una persona hostil, violentamente independiente, pasiva, dependiente, femenina, agresiva, cariñosa y castrante: todas estas conductas forman parte de la misma persona. . . Desde luego, la cualidad particular que exhiba en un momento determinado no sería un asunto azaroso y caprichoso; dependerá de los estímulos descriminativos: con quién, cuándo, dónde está y muchas otras cosas. Pero cada uno de estos aspectos de su ser pueden ser una faceta bastante genuina y verdadera de su ser total."

Existen varias formulaciones del modelo de aprendizaje social, las cuales, a pesar de que difieran considerablemente en cuanto a ciertos factores específicos, comparten una serie de características comunes:

1 Se subraya la importancia de la conducta mensurable y se toma como el objeto de la Psicología clínica. Es importante hacer notar aquí que el término

"mensurable" no siempre significa "manifiesta". El psicólogo clínico con una orientación basada en el aprendizaje social puede interesarse en conductas que van desde las objetivas y "contables" (tales como el número de cigarros que se fumaron, o el tiempo que se ocupa en una plática) hasta las sutiles y encubiertas (tales como los latidos cardiacos por minuto, la claridad en la visualización o el contenido de los pensamientos). Casi cualquier conducta puede ser el objeto de la aproximación del aprendizaje social; el único requisito es que haya una manera aceptable de medición.

2 Se acentúa la importancia de la influencia ambiental sobre la conducta en oposición a otras influencias "supuestas" o hereditarias. Esto no significa que se ignoran los factores genéticos o constitucionales, sino que se consideran como el cimiento general sobre el que el ambiente moldea y edifica los detalles específicos de la conducta. La dotación genética puede establecer ciertos límites sobre la capacidad conductual o intelecual de una persona, pero se supone que, dentro de esos límites, los factores del aprendizaje social predominan al determinar la conducta. Por otra parte, se exploran los límites impuestos por la herencia, en lugar de simplemente presuponerlos. Por ejemplo, es probable que la capacidad conductual de un niño en particular con el síndrome de Down (mongolismo), se vea determinada por el éxito o fracaso obtenidos en los intentos sistemáticos para incrementar dicha capacidad en lugar de determinar sus "posibilidades" basándose exclusivamente en el juicio a prioristico acerca de la ejecución tradicional de la generalidad de estos niños (véase, por ejemplo, Thompson y Grabowski, 1972).

3 Los métodos y procedimientos de la ciencia experimental se emplean como los medios principales para ampliar el conocimiento acerca de la conducta y su evaluación, desarrollo y modificación. Como se mencionó anteriormente, entre todas las profesiones cuyo objetivo fundamental es ayudar a las personas con problemas la psicología clínica tiende a ser la profesión con mayor orientación hacia la investigación, pero, dentro de la disciplina, el modelo del aprendizaje social ha encabezado la marcha hacia la operacionalización e investigación experimental de los principales asuntos clínicos en el laboratorio humano y animal y en los ambientes de aplicación tales como las escuelas y los hospitales. Se subraya la importancia de la manipulación deliberada y sistemática de las variables independientes (por ejemplo, técnicas de tratamiento) y en la observación cuidadosa de los efectos de este tipo de manipulación sobre las variables dependientes definidas y cuantificadas de manera específica (por ejemplo, el consumo del alcohol, autoafirmación social, conducta deprimida o excitación sexual). Cuando se emplean los métodos correlaciónales de investigación en el modelo de aprendizaje social, generalmente se enfocan sobre la conducta manifiesta. Por ejemplo, es probable que un clínico cuya orientación se basa en el modelo del aprendizaje social se interese en la relación entre las estimaciones que realice el cliente del tiempo que, digamos, pasa estudiando entre semana y las mediciones objetivas del tiempo que realmente ocupa en el estudio, debido a que esta información puede ayudar a aclarar el valor de predicción de la propia conducta que haga el cliente. En contraste, habría relativamente poco interés en llevar a cabo una investigación de grupos sobre la relación entre las estimaciones del tiempo de estudio y las califica-

dones obtenidas en pruebas escritas de la motivación de logro porque una relación como ésta, independientemente de su naturaleza y valor descriptivo, comunicaría muy poco o nada acerca de lo que realmente *hacen* los estudiantes.

4 La evaluación clínica y las funciones del tratamiento están íntimamente ligadas con los resultados de la investigación experimental realizada con seres humanos y animales. La mayoría de los procedimientos clínicos del modelo de aprendizaje social se derivan principalmente de los principios del aprendizaje y la conducta social que provienen de estudios conducidos en el laboratorio y que son sometidos al filtro continuo de la investigación evaluadora llevada a cabo en el la boratorio y ambientes clínicos. Además, el modelo del aprendizaje social anima a sus practicantes a que analicen meticulosamente la evidencia experimental que apoya una determinada forma de evaluación o procedimiento de tratamiento antes de tomar la decisión de adoptarlo y a que procedan con la mayor precaución en donde haya poco o ningún antecedente experimental. Este interés por los datos de las evaluaciones previas se refleja en los contratos de tratamiento diseñados por algunos clínicos con una orientación basada en el modelo del aprendizaje social. Estos contratos a menudo presentan una lista de las fuentes de evidencia experimental que apoyan la aplicación de una técnica propuesta, de tal forma que el cliente puedea obtener una seguridad acerca del valor potencial de esa forma de intervención (véase, por ejemplo, Stuart, 1975).

5 La evaluación clínica y las funciones de tratamiento están íntimamente integradas. Las conductas manifiestas no se perciben como síntomas de algún proceso intrapsíquico, de tal forma que el "diagnóstico" del problema subyacente del cliente no es necesario. Por el contrario, el modelo del aprendizaje social supone que los mismos principios de aprendizaje determinan tanto la conducta problemática como la no problemática y que, por lo tanto, la evaluación clínica se debe planear con el fin de determinar cómo aprendió sus actuales dificultades el cliente y cómo están siendo mantenidas para así preparar un aprendizaje nuevo, más adaptativo e individualizado. El temor de un niño en el jardín de infancia, por ejemplo, se puede basar en una respuesta condicionada específica a un ambiente determinado, una respuesta de ansiedad generalizada a situaciones nuevas, la intimidación de un compañero en el salón de clase, el propio rendimiento bajo que le avergüenza, u otros factores ambientales fácilmente detectables o sutiles. El enfoque de tratamiento del clínico con una orientación basada en el modelo del aprendizaje social no se basaría en los "procedimientos típicos" para el tratamiento de niños diagnosticados como "fóbicos". Las técnicas específicas seleccionadas podrían tener como meta la eliminación del miedo a un determinado sitio o a lugares extraños, el desarrollo de la autoafirmación social, la mejoría de las habilidades académicas, u otros objetivos que dependerían directamente de la información proporcionada por los datos de la evaluación acerca de la importancia de varios factores etiológicos y de mantenimiento del comportamiento.

Las diferencias principales entre las versiones específicas del modelo de aprendizaje social de la Psicología clínica generalmente se muestran en el tipo de aprendizaje que subrayan (por ejemplo, clásico versus operante) y el grado hasta el cual las

variables cognitivas desempeñan un papel en la evaluación, el tratamiento y la investigación. Una breve revisión de las variaciones más notables del aprendizaje social ejemplificará este aspecto.

El enlace del aprendizaje con los problemas clínicos: las contribuciones de Dollard y Miller

Una de las primeras aproximaciones de la teoría de aprendizaje social a la conducta evolucionó a partir del intento de traducir o reconstruir los conceptos que Freud derivó de su práctica clínica a un lenguaje que fuera consistente con los datos experimentales sobre el aprendizaje humano y animal. A esta tarea formidable se dedicó en la década de 1940 John Dollard, un sociólogo, y Neal Miller, un psicólogo, y culminó con la publicación de un libro en 1950 titulado *La Personalidad y La Psicoterapia*. Dollard y Miller partieron de la suposición de que los seres humanos no nacen al mundo con instintos, sino con *necesidades* primarias (tales como alimentos, agua y oxígeno) que deben ser satisfechas. Además dieron por sentado que cada persona *aprende* a satisfacer estas necesidades (y otras basadas en las primarias) de manera un tanto diferentes, que por consiguiente conducían al desarrollo de patrones individualizados de conducta.

Por ejemplo, la necesidad que tiene un infante de alimentación produce fuertes estímulos internos (contracción intestinal por hambre) que Dollard y Miller denominaron *pulsiones* debido a su capacidad para motivar o activar la conducta. Muy temprano en la vida de un niño, la conducta provocada por la presencia de una pulsión como el hambre (por ejemplo, moverse violentamente o llorar) puede hacer que una persona entre en la habitación con la comida lo cual reduce la pulsión de hambre y por lo tanto *recompensa* o *refuerza* la conducta que le antecedió. De esta forma, uno aprende a repetir las conductas que dan por resultado o se asocian con la reducción en la pulsión.

Desde luego, Dollard y Miller no han supuesto que toda la conducta humana se aprende a través de la reducción de las pulsiones primarias. Postularon que la gente adquiere *pulsiones aprendidas* o secundarias que funcionan de una manera muy parecida a las pulsiones primarias. Así, una persona puede *aprender a necesitar* cosas tales como elogios, dinero o poder, y aprenderá a repetir los comportamientos que conducen a ellos y abandonará aquellos que no lo hacen. De una forma muy semejante, una persona puede aprender a sentirse ansiosa en determinadas situaciones, y esta ansiedad puede actuar como una pulsión al motivar el escape adaptativo y desadaptativo o conductas de evitación. La reducción de la ansiedad refuerza aquellas conductas y se puede lograr establecer así una respuesta útil o un "síntoma neurótico".

Dollard y Miller emplearon conceptos freudianos como fenómenos determinados ambientalmente y que era factible investigar y no como estructuras intrapsíquicas. Por ejemplo, consideraron que la indecisión o ambivalencia de una persona era el resultado de tendencias de aproximación o evitación incompatibles, en lugar del producto de un conflicto entre el id, el ego y el superego. Desde su punto de vista, el conflicto existe cuando una persona debe elegir entre dos o más respuestas opcionales. Entre estos conflictos, el más difícil y potencialmente

problemático es la variante de "doble evitación-aproximación", en el cual cada opción de actuar tiene características positivas y características negativas muy claras. De una manera muy parecida a como lo había hecho Freud, Dollard y Miller subrayaron la importancia de tales conflictos y la ansiedad y los desórdenes conductuales subsiguientes que despiertan, pero utilizaron la terminología de la teoría del aprendizaje.

Su análisis de un conflicto "neurótico" típico se formularía de esta manera: La tendencia de aproximación de una persona hacia un miembro del sexo opuesto puede encontrarse desviada debido a una tendencia simultánea de evitación (por ejemplo, basada tanto en la ansiedad producida por experiencias sociales negativas como en los consejos de los padres en contra de la expresión de los deseos sexuales). Cuanto más se acerca la persona hacia un contacto con la situación deseada pero temida, su tendencia a la evitación se vuelve más poderosa hasta que ocurre el retiro, posiblemente dirigido hacia otro comportamiento alternativo de tipo asocial (y por lo tanto más cómodo). Este alejamiento reduce la ansiedad pero también tiene sus aspectos negativos y, además, permite que la tendencia de aproximación social aparezca nuevamente y comience todo el ciclo otra vez. Dollard y Miller consideraron que la consecuencia de un conflicto como éste era la vacilación prolongada entre la aproximación y la evitación, la cual estaba acompañada de una gran angustia psicológica que podría requerir, en última instancia, de la intervención terapéutica destinada al fortalecimiento de las tendencias de aproximación, reducción de las tendencias de evitación, o ambas.

B.F. Skinner y el análisis funcional de la conducta

Nótese que, mientras el sistema de Dollard y Miller eliminaba algunas de las nociones intrapsíquicas de Freud, retenía otros constructos inferidos tales como "pulsión", "motivo" y "ansiedad" y, por lo tanto, hasta cierto punto dependía de procesos y mecanismos hipotéticos internos para explicar varios aspectos de la conducta humana. Un enfoque del aprendizaje social bastante diferente que también concibe a la conducta como aprendida es el que presenta B.F. Skinner quien argumenta que los constructos inobservables tales como "necesidad" y "pulsión" no son necesarios para la comprensión de la conducta.

En su lugar, Skinner afirma que la observación cuidadosa y la experimentación de las relaciones funcionales, y aprendidas entre los estímulos ambientales y la conducta observable en últimas instancias proporcinará una imagen completa del desarrollo, mantenimiento y alteración del comportamiento humano. En lugar de introducir factores invisibles (como el id o pulsión) en las actividades de evaluación, tratamiento e investigación, Skinner aboga por la observación y descripción de las formas como la conducta se relaciona con sus antecedentes y consecuencias. Debido a que se enfoca principalmente sobre las relaciones funcionales, esta aproximación se denomina *análisis funcional.*

Como ejemplo de la forma como la aproximación analítica funcional de la Psicología clínica elimina los constructos inferidos, considérese la idea de "necesidad". En vez de suponer que la conducta humana refleja varias necesidades (por ejemplo, "la conducta agresiva indica una fuerte necesidad de dominio"), la

versión skinneriana del modelo del aprendizaje social se fijaría en la relación entre, digamos, la conducta agresiva y sus consecuencias. Después de hacerlo de una manera sistemática, se podría discutir a favor de que la conducta agresiva de un cliente, se ha recompensado en el pasado y probablemente en el presente también, por lo menos periódicamente, y que no se requiere de otra explicación en términos de una necesidad interna. El cliente simplemente ha aprendido a comportarse de una manera agresiva.

Se emplea una lógica semejante para explicar los desórdenes conductuales más severos. Un residente de un hospital mental que pasa el día con la mirada fija en el espacio sin hablar, no controla la orina ni la defecación, y debe ser alimentado en la boca no sería considerado como "psicótico", "regresivo" o "enfermo mental". En cambio, estas conductas (no "síntomas") se considerarían como respuestas aprendidas de una manera gradual, iniciadas por una estimulación fuerte ("stress") y mantenidas por la tolerancia y reforzamiento del comportamiento "loco" propiciados por la sociedad y especialmente por el hospital (véase, por ejemplo, Ayllon y Azrin, 1968; Ullman y Krasner, 1975). Los detalles de la aproximación skinneriana a la conducta humana en general y sus aplicaciones al análisis de la conducta problemática en particular se pueden encontrar en Skinner (1953,1971) y Baer, Wolf y Risley (1968).

Wolpe y Eysenck: el condicionamiento clásico

Mientras que el enfoque de Skinner subraya la importancia del aprendizaje *operante* y su aplicación a la psicología clínica, se puede encontrar otra formulación diferente del modelo de aprendizaje social en las obras de Joseph Wolpe (1958,1973) y Hans Eysenck (Eysenck y Rachman, 1960). Estos autores estudian la aplicación de los principios del condicionamiento *clásico* Pavlov, 1927; Hull, 1943) a la comprensión y eliminación del sufrimiento humano, en especial de la ansiedad. Esta es una variante importante debido a que amplía el conjunto de conceptos desponibles para el trabajo dentro del modelo del aprendizaje social y se dirige a un número grande de problemas clínicos basados en la ansiedad cuyas dimensiones generalmente incluyen el dolor experimentado de manera subjetiva por el cliente y que a menudo no se trata de una forma específica con el enfoque analítico funcional.

Este enfoque no niega la importancia del reforzamiento operante y del castigo en el "moldeamiento" de la conducta "normal" y problemática, pero sí acentúa el aprendizaje que ocurre a través de la asociación de los estímulos condicionados e incondicionados. Se argumentaría, por ejemplo, que un motivo parcial por el cual un hombre evita temerosamente los eventos sociales es que ha tenido experiencias negativas en el pasado (es decir, un condicionamiento operante: al entrar al salón, todo mundo se ríe de su vestimenta), pero otra razón también es que la incomodidad ocasionada por esas experiencias se ha asociado con las reuniones (es decir, un condicionamiento clásico: apenas recibe una invitación a una fiesta experimenta un dolor de estómago). Por lo tanto, tanto el condicionamiento operante como el clásico pueden estar implicados en la aparición de patrones conductuales específicos (Mowrer, 1939), pero Wolpe y Eysenck ofrecen un complemento a la

posición principalmente operante de Skinner al centrar la atención en el condicionamiento clásico.

Albert Bandura y el aprendizaje observacional

Skinner, Wolpe, Eysenck y otros teóricos afines del modelo del aprendizaje social se centran casi completamente en el comportamiento manifiesto y lo toman como el objeto de la evaluación y tratamiento clinicos, aunque hay algunas ligeras variaciones de grado entre cada uno; han atraído muchos seguidores entusiastas y promovido el nacimiento de muchas revistas profesionales especializadas así como el desarrollo del modelo del aprendizaje social. Sin embargo, no han sido aceptados de manera universal. Algunos miembros del "campo" del aprendizaje social consideran que se ha prestado muy poca atención a la función que desempeñan los procesos cognoscitivos o simbólicos (es decir, de pensamiento) en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Uno de los representantes más distinguidos dé este punto de vista es Albert Bandura, un psicólogo de la Universidad de Stanford que ha generado una gran cantidad de investigación y literatura (por ejemplo, Bandura, 1969,1977a; Bandura y Walters, 1963) acerca de la forma en qué la actividad cognitiva contribuye al aprendizaje.

Bandura probablemente es más famoso por la labor que ha realizado sobre el *aprendizaje observacional,* a través del cual ha demostrado que los seres humanos adquieren conductas nuevas sin un reforzador obvio y hasta cuando carecen de la oportunidad para practicar el comportamiento. El único requisito para el aprendizaje puede ser que la persona observe a otro individuo, o *modelo,* llevar a cabo una determinada conducta. Más tarde, especialmente si el modelo recibió una recompensa visible por su ejecución, el que lo observó puede manifestar también la respuesta nueva cuando se le proporcione la oportunidad para hacerlo. En un experimento que ejemplifica lo anterior, Bandura, Ross (1963) prepararon situaciones en las que varios niños de edad preescolar observaban a unos modelos que atacaban vigorosamente a un muñeco "Bobo" o a otros que se sentaban tranquilamente en un sitio cercano al muñeco. En las pruebas posteriores, los niños que habían observado la agresión manifestaron una tendencia a igualar la conducta de los modelos de una forma bastante precisa, mientras que aquéllos que habían presenciado un modelo pasivo tendieron a manifestarse tranquilos (véase figura 3-1).

Por lo tanto, un aspecto notable de la teoría de Bandura es la atención que le presta a los *procesos cognitivos vicarios.* De acuerdo con su punto de vista, el comportamiento no se desarrolla exclusivamente a través de lo que aprende el individuo directamente por medio del condicionamiento operante y clásico, sino que también a través de lo que aprende *indirectamente* (vicariamente) mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones. De acuerdo con Bandura, los efectos de los procesos vicarios pueden ser tan amplios y significativos como los efectos del aprendizaje directo. Los procesos simbólicos pueden originar la adquisición de respuestas nuevas (como en el experimento con

[3]"Bobo" es el nombre comercial de un muñeco que se infla y que el niño puede golpear sin que el muñeco quede tirado (Nota del traductor).



Figura 3-1 *De bandura,* A, *Ross, D.* y *Ross, S.A. Imitation of film-mediated aggressive models.* Journal of Abnormal and Social Psychology, 66: 3-11 (1963). *Copyright 1963 © por American Psychological Association. Reimpreso con autorización.*

el muñeco "Bobo"), la inhibición y desinhibición de respuestas que ya se hayan aprendido (como cuando un peatón desobedece una señal de "no camine" después de haber observado a otro hacerlo), y la facilitación o "instigación de" la conducta (como cuando todas las personas en la sala de espera de una línea aérea se forman en hilera enfrente de un mostrador que no tiene quien lo atienda, al observar a una persona ahí parada).

En el caso del hombre socialmente temeroso que se estudió en la última sección, Bandura indicaría que por lo menos existen dos fuentes de incomodidad. Una fuente es *externa* e incluye los aspectos de las situaciones sociales en sí que señalan la ansiedad (por ejemplo, otras personas, invitaciones, risas), mientras que la otra es *interna*, o cognitiva. Esta segunda fuente consta de los pensamientos que haya generado el individuo temeroso acerca del acto de socializar (por ejemplo, "Haré el ridículo completo" o "Pasaré un rato terrible"), los cuales pueden contribuir a que continúe evitando la situación.

La función que desempeñan las variables cognitivas, quizá, tiene un lugar más importante en la teoría de aprendizaje social de Julián Rotter (1954), en la cual se subraya ampliamente la importancia de las *expectativas* en la actividad humana. En el sistema de Rotter, la probabilidad de que ocurra una determinada conducta depende de: (1) lo que la persona espera que ocurra después de haber emitido la respuesta, y (2) el valor que la persona le otorgue a ese resultado. De esta manera, una persona comprará un boleto de entrada al cine debido a que espera que logrará introducirse al teatro (resultado) donde se exhibe una película deseada (valor). Desde luego, Rotter supone que las expectativas y los valores que influyen, organizan y alteran la conducta se adquieren a través del aprendizaje.

Para que una persona "posea" una expectativa acerca de un resultado o emita un juicio acerca de su valor, debió haber tenido alguna experiencia directa o vicaria en algunas situaciones pasadas equivalentes o similares.

Para los teóricos como Bandura y Rotter, un aspecto importante de un modelo comprehensivo del aprendizaje social aplicado a la psicología clínica es la atención que se preste a los componentes cognoscitivos de la conducta; dicha atención representa un "ala" del modelo completo ideal, que debería subrayar tanto la naturaleza encubierta como manifiesta de la conducta en el contexto de la evaluación, tratamiento e investigación clínica (Kanfer, 1965; Meichenbaum, 1974; Mahoney, 1974; Mischel, 1973; Peterson, 1968a). Este punto extremo de la gama de las teorías del aprendizaje social, en el cual hay un gran interés en aquello que "se dicen a sí mismas" las personas, tiene una importancia considerable debido a que ayuda a ejemplificar el alcance y la variedad del modelo de aprendizaje social (véase el capítulo 10). Asimismo, este aspecto separa las concepciones modernas cuya orientación se basa en el aprendizaje (en las cuales todos los aspectos del comportamiento constituyen objetivos potenciales para el estudio sistemático y científico) del "conductismo radical" anterior de J.B. Watson (1913,1924) que había "prohibido" el estudio de la actividad cognitiva a los psicólogos científicos. Por último, la presencia de las variables cognitivas en el modelo del aprendizaje social proporciona un punto de contacto y hasta de interacción con algunas de las perspectivas neofreudianas (recuérdese cómo Adler subrayaba la importancia de las concepciones erróneas) y también con algunas de las versiones del modelo fenomenológico, que se estudiará en la siguiente sección.

EL MODELO FENOMENOLÓGICO

Hasta ahora se han analizado los modelos de la Psicología clínica en los que se considera que la conducta humana está principalmente bajo la influencia de (1) los instintos y los conflictos intrapsíquicos o (2) el ambiente físico y social. Una tercera aproximación, generalmente conocida como el modelo fenomenológico o cognitivo, rechaza un gran número de las suposiciones básicas de los otros dos enfoques y afirma que en lugar de esto la conducta de cada ser humano en Cualquier momento está determinada principalmente por la *percepción del mundo* que tenga el individuo. En otras palabras, las teorías fenomenológicas suponen que cada persona es única, que la perspectiva de la realidad de cada persona es un poco diferente de la de los demás y que la conducta de cada persona refleja esa perspectiva (cambiante) conforme se da de un momento a otro.

Como ejemplo, considérese a dos estudiantes que hayan asistido a una misma conferencia de clase en el primer día de un nuevo periodo académico. Uno puede sentirse muy entusiasmado, mientras el otro protesta y se da de baja de la materia. Los fenomenólogos probablemente considerarían que la causa de estas reacciones divergentes no son las diferencias en la fuerza del ego de cada alumno que escuchó la clase ni sus historias de aprendizaje, sino sus percepciones individuales del orador durante la conferencia. La mayoría de las versiones del modelo fenomenológico comparten los siguientes puntos:

1 A los seres humanos no se les considera ni como "portadores" de estructuras psíquicas o impulsos, ni "receptores" de reforzamiento, sino como personas activas, pensantes que son responsables de manera individual por las cosas que hacen y completamente capaces de elaborar planes y elegir opciones sobre su comportamiento. Para ser justos se debe hacer notar que ni el modelo psicodinámico ni el de aprendizaje social dejan de reconocer estas cualidades humanas. Los psicoanalistas que subrayan la función autónoma del ego y los psicólogos con una orientación basada en el aprendizaje social que se enfocan sobre la habilidad de los individuos para obtener el autocontrol (por ejemplo, Bandura, 1969; Kanfer y Karoly, 1972) proporcionan ejemplos de este aspecto. Sin embargo, ambos modelos tienden a analizar en su propia forma los procesos *subyacentes* de varias características exclusivamente humanas tales como la creatividad, la autodisciplina, la toma de decisiones, en lugar de enfocarse sobre las características mismas.

2 A pesar de que el modelo fenomenológico reconoce la existencia de las necesidades biológicas, les resta importancia como determinantes de la conducta y su desarrollo. En lugar de esto, supone que cada persona nace con *una potencia para el desarrollo* y que ésta proporciona el motor de la conducta. Esta tendencia innata de las personas para desarrollarse en individuos plenamente maduros se equipara a la potencia de una semilla para convertirse en una flor. En contraste con la perspectiva oscura y basada en fuerzas instintivas de Freud y con la suposición del aprendizaje social acerca de que pocas características conductuales son innatas, el modelo fenomenológico considera que las personas son esencialmente buenas y que luchan de manera natural por lograr la creatividad, el amor, la felicidad, la armonía y otras metas positivas.

3 Otra implicación importante de la perspectiva fenomenológica es que nadie puede comprender verdaderamente a otra persona a menos que hubiese percibido el mundo a través de sus ojos. De acuerdo con esta noción, el modelo fenomenológico (como el modelo del aprendizaje social) rechaza el concepto de enfermedad mental y el uso de otras etiquetas peyorativas para la conducta problemática, y supone que toda la actividad humana es normal, racional y comprensible *cuando se le considera desde el punto de vista de la persona que se está observando*. Por consiguiente, una mujer que actúa de una manera hostil y violenta con los demás no sería considerada como una persona que está *actuando*[4] los impulsos del id o que está manifestando determinados resultados del reforzamiento; simplemente es una mujer que se comporta de acuerdo con su percepción acerca de la gente que la rodea en ese momento.

4 En el trabajo clínico, a las personas no se les puede tratar como objetos que representan procesos psicológicos; son seres humanos y nuestros semejantes. De acuerdo con el modelo fenomenológico se logra una información muy pobre por medio de la acumulación de datos de evaluación orientados históricamente o de buscar la manera de ayudar a la persona a que resuelva un problema situacional

[4]E1 término "act out" en inglés significa "actuar para, sacar hacia afuera" y para la teoría psicoanalítica "acting out" significa cosas como: el "desplazamiento" de una agresión como cuando una persona en vez de atacar a alguien rompe algo que le pertenece. (Nota del traductor.)

en particular debido a que (1) el pasado es menos importante que el presente, y (2) ayudar a una persona a resolver un problema puede simplemente crear otro problema al fomentar la dependencia y sofocar el crecimiento personal.

Las perspectivas fenomenológicas han evolucionado a partir de varias fuentes. De manera parcial, representan una ramificación de la reacción en contra de Freud que comenzó cuando Adler y Rank rechazaron los instintos y la motivación inconsciente como las bases principales del comportamiento. Estos "revisionistas" y otros acentuaron la importancia de las percepciones individuales y el potencial positivo de crecimiento. La atención dirigida hacia la percepción de la realidad del individuo también fue instigada por las filosofías existenciales de Heidegger, Kierkegaard, Sartre y Camus quienes, hablando de manera sobresimplificadora, afirman que él significado y el valor de la vida y todo lo que abarca, no son intrínsecos, sino que son proporcionados por el que los percibe. Así pues, por ejemplo, una persona no es "realmente" atractiva o fea; estas cualidades se "asignan" cuando una persona diferente reacciona a la persona en cuestión, y reflejan una realidad distinta en la mirada de cada observador.

El enfoque sobre la perspectiva de la realidad del individuo también se pulió a través de las obras de un grupo de psicólogos alemanes a principios del siglo veinte que fueron conocidos como la "escuela gestalt" (Koffka, 1935; Kohler, 1925; Wetheimer, 1923). En oposición al estructuralismo de Wundt, estos autores afirmaron que la mente es algo más que la suma de sus partes y que, con respecto a la percepción, el individuo es un participante activo, y no tan solo una estación pasiva de recepción. Para apoyar su punto de vista, los gestaltistas señalaron que hay muchos casos en que la percepción subjetiva de una persona trasciende los estímulos que "objetivamente" están presentes, y muchas situaciones en que un "mismo" objeto se puede interpretar de diferentes formas, y donde las relaciones de figura-fondo reversibles son posibles (véase figura 3-2). A continuación se examinarán algunas de las perspectivas fenomenológicas que se han desarrollado a partir de estas raíces.

La teoría del constructo personal de Kelly

George Kelly desarrolló una teoría de la conducta que, a pesar de que no es tan famosa como otras que existen del modelo fenomenológico, constituye un buen punto de partida debido a que ejemplifica las maneras como el modelo se relaciona con las formulaciones basadas en el aprendizaje social. La teoría de Kelly (1955) es extremadamente compleja, pero se basa en la suposición singular y fundamental de que la conducta humana está determinada por lo que él denomina los *constructos personales*, o formas de anticipar al mundo.

En otras palabras, Kelly creía que los individuos actúan de acuerdo con su conjunto único de expectativas acerca de las consecuencias del comportamiento (nótese aquí la semejanza con Rotter) y, por lo tanto, que los constructos o anticipaciones de las personas acerca de la vida conforman su realidad y guían su conducta. Por ejemplo, una persona puede considerar que los cuchillos filosos son peligrosos y que pueden infligir un daño grave. Este constructo o anticipación conduciría a una conducta precavida en relación a los cuchillos filosos, y, debido

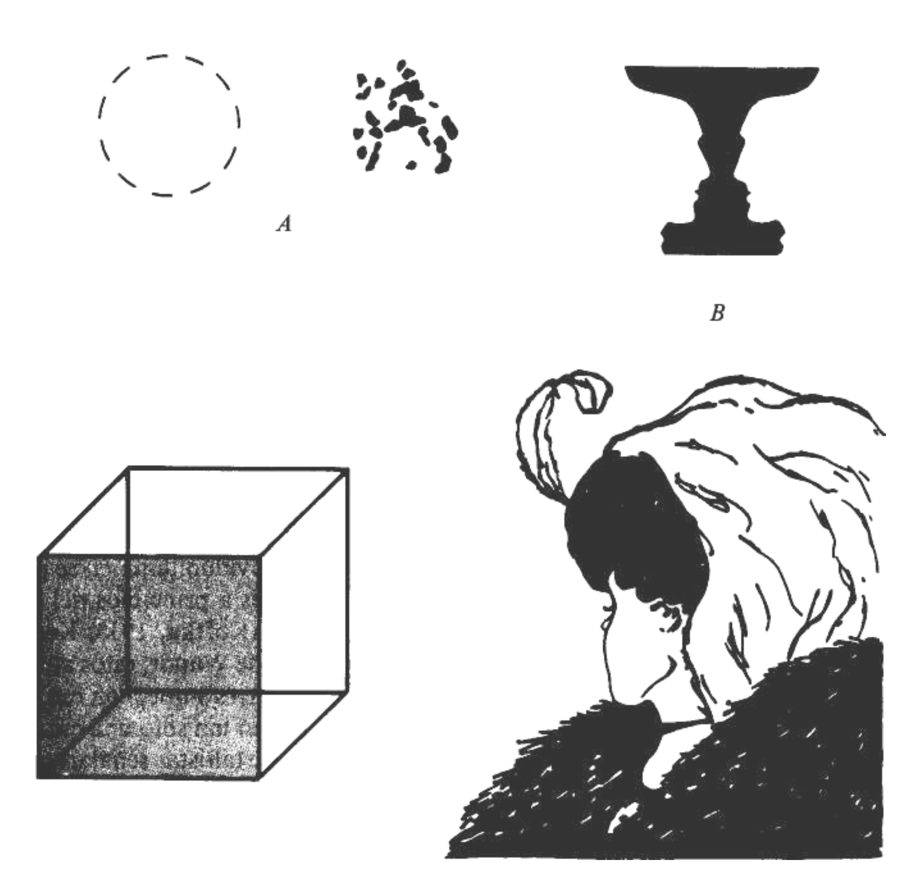


Figura 3-2 Algunos fenómenos perceptuales que ejemplifican la función que desempeña la persona que está percibiendo al organizar los estímulos "objetivos": (A) el "cierre" provoca la aparición de un círculo y una persona montada a caballo aun cuando se omiten muchas partes; (B) la relación reversible de "figura-fondo" le permite al observador percibir una copa o un par de siluetas; (C) los giros en la interpretación permiten que el lado sombreado de un cubo se perciba como la superficie frontal o posterior y también permite que el dibujo se perciba como una mujer joven o una bruja. (De Introduction to Psichology, 5' *ed., de Ernest R. Hilgard, Richard C. Atkinson y Rita L Atkinson. Copyright © 1975 de Harcourt, Brace Johanovich, Inc. Reproducido con permiso del editor. También de Psychology: Its Principies and Meanings,* de L.E. Bourne y B.R. Eks-trand. Copyright © 1976 de Holt, Rinehart y Winston. Reimpreso con permiso de Holt, Rinehart y Winston.)

a que este tipo de comportamiento refleja una anticipación adecuada de las consecuencias si no se tiene cuidado, de hecho evita accidentes; así el constructo "los cuchillos filosos son peligrosos" se *valida.*

La validación de los constructos personales, de acuerdo con Kelly, constituye la meta principal de cada ser humano. Él creía que la conducta humana no refleja los deseos instintivos, los efectos del reforzamiento externo, o la posición de las tendencias de respuestas aprendidas sino que, en lugar de esto, refleja los intentos de los individuos por encontrarle significado (anticipar correctamente) el mundo de

acuerdo con la manera como ellos lo perciben. Kelly consideraba que, de manera semejante a como el científico se deleita en el descubrimiento de la causa o proceso de un fenómeno, y en la forma como ese fenómeno puede ser controlado, cada persona busca acertar en su concepción acerca del fenómeno llamado vida. Una manera más simple de expresar lo mismo es la afirmación de que se obtiene más tranquilidad por medio de la comprensión que de la confusión.

En el sistema de Kelly, la conducta problemática se desarrolla cuando una persona crea constnictos imprecisos, muy simplificados o erróneos en algún otro sentido. Si una persona sólo posee algunos constnictos generales para la anticipación y comprensión de una gran cantidad de hechos que ocurren cotidianamente, casi se puede tener la seguridad de que el comportamiento basado en esos constructos será inapropiado, ineficiente o inadecuado, por lo menos en algunas ocasiones. Por ejemplo, un hombre que interpreta todas las cosas como "buenas" o "malas" tendrá problemas, debido a que no todos los objetos, hechos y personas pueden ser ubicados en esas dimensiones sin que ello implique una distorsión o generalización exagerada. Él podría rechazar plenamente o aceptar sin reserva alguna la amistad de determinadas personas de acuerdo con alguna percepción general acerca de su valor y por lo tanto perder de vista las cualidades positivas de sus "enemigos" y los aspectos negativos de sus "aliados". Podría centrarse hasta tal grado en su propia perspectiva acerca de los otros que nunca preste atención a la que ellos tendrían acerca de él. Finalmente, podría tener una tendencia a estereotipar a los demás de tal forma que consideraría a los estudiantes universitarios, activistas políticos, y a cualquier persona con acento extranjero como "malos" y a los niños, las abuelas y a los sacerdotes como "buenos". Una persona como ésta probablemente sería considerada por las demás personas como un individuo egoísta que fácilmente se deja influir por sus primeras impresiones, con grandes prejuicios, y un mal juez del carácter de las personas. Sus relaciones interpersonales probablemente serían algo tormentosas.

La compatibilidad de la visión de Kelly con la de los partidarios de una orientación cognitiva del modelo del aprendizaje social, debería ser obvia para el lector. Se basa parcialmente en el interés común que tienen sobre la función de la actividad cognitiva para determinar la conducta manifiesta y también en el hecho de que Kelly consideraba que las personas podían *aprender a cambiar* sus constructos personales y, a su vez, los patrones de respuesta que emanaban de ellos. Esta última noción mezclaba los conceptos cognitivos y fenomenología» con los principios del aprendizaje social y produjo el desarrollo de aproximaciones nuevas, de "modelos combinados" en el tratamiento clínico; primero fueron desarrolladas por Kelly y posteriormente otros autores lo realizaron (por ejemplo, Ellis, 1962). Se discutirán los detalles de estos enfoques en los capítulos 10 y 11.

La teoría de autorrealización de Rogers

En oposición a la perspectiva de Kelly que no ha obtenido mucha aceptación y que posee algunos aspectos parecidos al modelo del aprendizaje social, la obra prolífica de Cari Rogers (1942,1951,1961,1970) ha diferenciado más claramente el modelo fenomenológico de los otros y en el transcurso de conformar esta dis-

tinción, casi se ha convertido en un sinónimo del modelo. Entre las suposiciones fenomenológicas básicas de Rogers, se encuentran las siguientes (1951, pp. 483-86): (1) "Cada individuo existe en un mundo de experiencias cambiantes del cual 61 es el centro", (2) "El organismo reacciona al campo tal como él lo experimenta y percibe. El campo perceptual, para el individuo, es la 'realidad'", y (3) "El organismo reacciona a su campo fenomenológico como una totalidad organizada".

Como otros fenomenólogos, Rogers también supone que las personas poseen una motivación o tendencia innata hacia el crecimiento, a la que denomina *autorrealización.* Se considera que esta motivación es suficiente como para explicar la aparición de toda conducta humana, desde la búsqueda de alimentación básica hasta los actos más sublimes de creatividad artística. La autorrealización se define como "la tendencia directiva que es evidente en toda la vida orgánica y humana la propensión a desarrollarse, a extenderse, a expanderse, a madurar, la disposición a expresar y activar todas las capacidades del organismo" (Rogers, 1961, p. 351). Rogers por consiguiente considera que toda la conducta humana, tanto la problemática como la no problemática, refleja los esfuerzos del individuo para lograr la autorrealización en un mundo que él percibe de una manera única. Estos esfuerzos comienzan desde el nacimiento y continúan a través de toda la vida; algunas veces no encuentran obstáculos y logran el éxito, pero también pueden ser frustrados— y producir resultados problemáticos.

De acuerdo con la descripción que Rogers da del proceso, el crecimiento de una persona y sus interacciones con el ambiente que lo llevan a un desarrollo se ven acompañados por una diferenciación entre el "sí-mismo" y el resto del mundo. Como resultado, la persona reconoce que una parte de sus experiencias pertenecen al "yo" o "mí". Según Rogers, todas las experiencias de una persona, inclusive las experiencias del "sí mismo", se someten a una evaluación y se valoran como positivas; esta valoración depende de qué tan consistentes o inconsistentes son las experiencias con la tendencia de autorrealización. Las evaluaciones se realizan parcialmente en base a los sentimientos directos u *organísmicos* (tales como cuando un niño evalúa el sabor de un dulce como positivo), y parcialmente en base a los juicios realizados por otras personas. . . Por ejemplo, un niño puede terminar con una evaluación negativa acerca de la experiencia del jugar con sus órganos genitales (aun cuando los sentimientos directos sean positivos) debido a que sus padres le digan que es un "niño malo" por observar esa conducta. Por lo tanto, el "sí mismo" o "autoconcepto" surge como un conjunto de *experiencias evaluadas* cuya valencia positiva o negativa a menudo se ve influida por los valores y las opiniones de las demás personas.

En algunas ocasiones, estas influencias socializantes poseen un gran valor en el proceso de integrar al individuo durante su desarrollo a la sociedad, especialmente cuando los juicios de los demás coinciden con los sentimientos organísmicos. Por ejemplo, si un niño practica las habilidades de lectura experimenta tanto sentimientos directos positivos al lograr destreza, como la estima (evaluación positiva) que obtiene de un padre al realizarlo, lo más probable es que el resultado sea una autoexperiencia evaluada de una manera positiva ("Me gusta leer".) En esta situación, la autoexperiencia armoniza o es congruente con la experiencia

organísmica y el niño puede percibir su propia conducta ("Yo leo mucho") y la evaluación que haga de ella ("Gozo de la lectura") de manera adecuada,

Sin embargo, de acuerdo con Rogers, las personas valoran tanto la estimación que obtienen de las otras personas que a menudo buscarán lograrla aun cuando requiera pensar y actuar en una forma que se a inconsistente o *incongruente* con la experiencia organísmica y el motivo de autorrealización. Esta tendencia se fomenta a través de lo que Rogers denomina las *condiciones de valor*. Estas constan de circunstancias en las cuales una persona sólo obtiene la estima positiva de los demás (y, en última instancia, la aprobación propia) si exhibe ciertas conductas, valores, actitudes y creencias aprobadas. Por lo general, los padres, la familia y otros agentes sociales son los que primero establecen estas condiciones, pero posteriormente el individuo las mantiene de manera interna (nótese aqui la semejanza con el concepto de superego de Freud).

La persona que se enfrenta a las condiciones de valor probablemente se sienta incómoda. Si se comporta con el fin de agradar a las demás personas, puede hacerlo a expensas de su crecimiento personal, como en el caso de una mujer que cumple con el papel tradicional de ama de casa a pesar de que tiene deseos genuinos de hacer otras cosas.[5] Por otro lado, la manifestación de los sentimientos, valores y conductas auténticas que difieren de las condiciones de valor tienen el riesgo de llevar a la pérdida de la estima positiva de los demás y de sí mismo.

Rogers cree que para reducir, prevenir o evitar la incomodidad que surge a partir de esta incongruencia, el individuo puede distorsionar la realidad o su experiencia de ella de una manera que las otras personas perciban como problemática. Por ejemplo, un hombre cuyos padres hayan establecido determinadas condiciones de valor en las que la manifestación de la conducta emotiva (como llorar) se desaprueba y la "masculinidad" fría se alaba pudo haberse visto obligado a negarse a sí mismo y a los demás que la expresión emotiva le hacen sentirse bien. Como adulto, su afirmación frecuente y firme que dice que "cualquier persona que llore es débil" realmente representa una distorsión de sus propios sentimientos. En este caso, las consecuencias de posteriores intentos por reducir la incongruencia entre los verdaderos sentimientos y el autoconccpto por medio de la distorsión y la percepción errónea serían abundantes, y, según Rogers, a mayor discrepancia, mayor será la gravedad de la conducta problemática que se produzca. Considérese un caso moderado: un joven con un interés muy grande en las mujeres reclama que está "demasiado ocupado" como para salir con ellas cuando, de hecho, sería muy incómodo y discrepante con el concepto que tiene de sí mismo admitir que por lo común sus invitaciones son rechazadas. Y hasta llegará a declarar que detesta a los miembros del sexo opuesto. (Nótese la relación con algunos de los mecanismos de defensa del ego de Freud.)

En un ejemplo más extremo, un hombre que tiene un autoconcepto que lo caracteriza como muy independiente, autosuficiente y orientado principalmente ha-

[5]Entre paréntesis, la mujer que adoptara un papel de mujer liberada para complacer a sus amigas feministas a pesar de sus intereses genuinos en las actividades del hogar tendría las mismas desventajas.

cia una profesión, puede en realidad representar exactamente lo opuesto. De esta manera, él interpretará de una manera equivocada las calificaciones bajas en la escuela, el fracaso posterior en recibir un aumento de sueldo deseado, y una ejecución por debajo de lo adecuado en su trabajo (todo basado en una falta de interés real en su ocupación). En lugar de reconocer que posiblemente no sea apto para el trabajo que desempeña o no tenga interés en él, afirma que los demás "la traen con él" o lo quieren perjudicar al hacerlo quedar mal. Las ideas de persecución pueden evolucionar a proporciones tan grandes que no confía en nadie y comienza a ver intrigas y conspiraciones en todas partes. En última instancia, su conducta puede llegar a ser tan perturbadora que requiera hospitalización.

Rogers cree que, por lo menos en teoría, todo esto puede evitarse. "Si un individuo experimentara sólo la estima positiva incondicional, entonces no se desarrollarían las condiciones de valor, la autoestima no estaría en contraposición a la evaluación organismica y el individuo continuaría adaptado psicológicamente, y estaría funcionando plenamente" (Rogers, 1959, p. 224). Aun cuando estas condiciones óptimas no se hayan alcanzado en el pasado, si se establecen en el presente pueden ayudar a la persona y, de manera consecuente con esta premisa, Rogers ha desarrollado una aproximación terapéutica que emplea la estima positiva incondicional y otros factores para ayudar a las personas a reducir la incongruencia sin verse obligados a distorsionar la realidad (véase el Cap. 11).

Maslow y la Psicología humanística

La obra de Abraham Maslow (1954,1962,1971) proporciona otra versión del modelo fenomenología). Como otros fenomenólogos, Maslow acentúa la importancia de la experiencia subjetiva y la percepción única de la realidad que cada persona mantiene, y, al fundar el movimiento conocido como psicología humanística, trató de subrayar, antes que cualquier otro aspecto, el elemento positivo, creativo y único acerca de los seres humanos. Como Rogers, Maslow considera que las personas tienen la capacidad (y necesidad) de lograr la autoactualización, pero él sugiere que las personas fracasan en obtener su potencial humano completo debido a la presencia de las necesidades no cubiertas, y no tanto por la incongruencia entre la autoexperiencia y la experiencia organismica.

Para Maslow estas necesidades forman una jerarquía que incluye los requisitos fisiológicos básicos (como la comida y el agua) con los que cada persona nace, así como requisitos de un nivel superior como la seguridad, amor, pertenencia, autoestima y, finalmente, la autoactualización. En este esquema, la satisfacción de cada nivel de necesidades debe ser precedida por la satisfacción de todas las necesidades de los niveles inferiores. De esta manera, por ejemplo, una persona probablemente no se interese en saciar su necesidad de amor y pertenencia si debe preocuparse acerca de cómo obtener su siguiente comida. Por lo tanto, aunque cada persona contiene el potencial para la autoactualización, no se puede buscar o expresar ese potencial si las necesidades de los niveles inferiores permanecen insatisfechas.

Maslow señala que la mayoría de las personas están buscando satisfacer las necesidades que se encuentran por debajo del nivel de la autoactualización, y que

por lo tanto se orientan hacia aquello que no poseen. Se refirió a estas personas como individuos "motivados por deficiencias". La mayoría de las necesidades insatisfechas en nuestra cultura generalmente tienen que ver con la seguridad, el amor, la pertenencia y la autoestima y, de acuerdo con Maslow, a menudo producen conductas adultas basadas en una búsqueda de satisfacer estas necesidades en una forma "neurótica", perturbada, o, en otras palabras, problemática. En algunos casos relativamente raros, sin embargo, las necesidades de orden inferior se encuentran satisfechas de manera adecuada conforme se desarrolla la persona, y por lo tanto la liberan para la búsqueda de la necesidad más alta, la autoactualización. Estas personas gozan de una posición en la cual pueden centrarse en lo que pueden *ser* y no en lo que no *tienen.* A esto Maslow le llamó "motivación de crecimiento".

Esta minoría afortunada puede experimentar comúnmente el potencial pleno de la calidad del ser humano y, debido a que no están encadenados por una preocupación acerca de las necesidades de niveles inferiores, se pueden dedicar a la expansión de su potencial en el contexto de la búsqueda de tales abstracciones como la verdad, la belleza y la bondad. Las elevaciones experimentales momentáneas, o *experiencias cúspides,* en las que se alcanza la autoactualización, son comunes para estas personas y representan lo mejor del ser humano. Como otros fenomenólogos, Maslow subraya la importancia de prestar ayuda a las personas que sufren para que se sobrepongan a los obstáculos que les impiden el crecimiento natural y que en última instancia los conducirá a su felicidad y plenitud.

Fritz Perls y la Psicología Gestalt

Freidrich S. (Fritz) Perls era un psiquiatra europeo que experimentó el deseo de trascender su entrenamiento psicoanalítico original. Su insatisfacción inicial con la teoría y terapia freudiana tradicional se hizo evidente en su libro de 1947, *Ego, Hunger an Aggression: A revisión of Freud's Theory and Method* (que en castellano sería, "El ego, el hombre y la agresión: una revisión de la teoría y método de Freud"). Como otros autores que elaboraron su teoría a partir de la de Freud, Perls consideraba que se exageraba la importancia de los otros instintos sexuales y se menospreciaba el factor que él denominó *hombre:* un instinto o tendencia hacia la autoconservación y autorrrealización (crecimiento). Como Freud, Perls acentuó la función del ego para facilitar el crecimiento y la autoconservación de cada persona al mediar entre las necesidades individuales internas y las exigencias del ambiente. Sin embargo, él no consideraba que el ego era una estructura o cosa psíquica, sino un *proceso* cuya meta (inalcanzable) era la reducción de la tensión entre la persona y el ambiente.

Idealmente, a medida que continúa este acto en el que se pretende lograr un equilibrio de hecho inasequible, el individuo crece psicológicamente: la persona encuentra nuevas formas para satisfacer sus necesidades internas mientras se vuelve cada vez más conocedor de los requisitos del mundo externo y más hábil para enfrentarlos. Para que este proceso de crecimiento óptimo ocurra de una forma continua, la persona debe mantenerse conciente de sus necesidades y sentimientos internos y del ambiente. Sin embargo, ya que al atender y organizar sus

percepciones internas y externas se considera que cada persona es un participante activo, y, debido a que la tendencia para evitar los conflictos y mantener la tensión lo más baja posible puede hacer que algunas percepciones sean mas cómodas que otras, el conocimiento de cada persona se puede convertir en incompleto, distorsionado o distribuido de una manera inadaptada. Cuando esto ocurre, se detiene el crecimiento y comienzan los problemas.

Por ejemplo, una persona que experimenta deseos sexuales fuertes y que crece en un ambiente familiar moralista y antisexual puede descubrir que algunas distorsiones del conocimiento son cómodas por el momento pero a la larga resultan ser problemáticas. Como consecuencia pueden surgir la negación o represión de los deseos sexuales, o las percepciones del mundo como un lugar lleno de presiones vehementes hacia la promiscuidad sexual. Ninguna de estas consecuencias refleja de manera adecuada las circunstancias externas ni las necesidades internas. (Nótese la semejanza en este punto con el concepto de incongruencia de Rogers.)

De acuerdo con Perls, cuando la evitación de un conflicto perturba el conocimiento, los síntomas clásicos de la neurosis y las defensas neuróticas aparecen. La ansiedad intensa acerca de, digamos, estar lejos de casa pueden manifestarse cuando una persona proyecta sus sentimientos hostiles (generalmente separados del conocimiento) hacia los demás, y por lo tanto de esta forma provoca que las otras personas le parezcan hostiles. Otra posibilidad es que la misma persona atienda selectivamente a los riesgos cotidianos que comúnmente nos rodean a todos, y "debido a que el mundo es tan peligroso" no quiera salir a la calle. Cuando las confusiones del conocimiento se tornan severas, puede darse una pérdida de contacto con la realidad y los síntomas psicóticos consiguientes.

Perls desarrolló una aproximación clínica denominada "terapia gestalt" cuyo objetivo es que la persona inicie nuevamente su crecimiento y reestablezca sus procesos de conocimiento. En el Capítulo 11 describiremos los métodos que con este fin se emplean.

Aún existen otros enfoques fenomenológicos de la conducta (por ejemplo, May 1969) pero este breve esquema puede ser suficiente para comunicar la esencia del modelo. Las personas interesadas en una reseña más amplia y detallada de los modelos que se han analizado anteriormente y de otros más deben consultar las fuentes originales que ya se citaron, así como los análisis comparativos que proporcionan Hall y Lindzey (1970), Corsini (1973), Sahakian (1974), Marx y Hillix (1979), y Liebert y Spiegler (1978).

ALGUNAS IMPLICACIONES DE LOS MODELOS CLÍNICOS

En esta sección se pretende trascender los conceptos teóricos de los tres modelos básicos de la Psicología clínica y examinar sus implicaciones para la evaluación, el tratamiento clínico y las tareas de investigación. Quizá la mejor forma de lograrlo sea a través de una consideración de la estrategia clínica que con más probabilidad adoptarían los seguidores de cada modelo en un caso hipotético. Desde luego, es importante reconocer que las descripciones de estas estrategias

sólo proporcionan una representación general de sus modelos originales, y, desde el momento en que existen varías versiones de cada modelo, estas descripciones generales seguramente no agotan todos los aspectos importantes. No todos los clínicos que se identifican con un modelo determinado actuarán como se esquematizará más adelante. Sin embargo, se espera que a través de la aplicación de los principios y suposiciones más generales de cada modelo a los problemas de una sola persona perturbada, se aclarará la función orientadora de los modelos.

El análisis de una misma persona desde tres puntos de vista también servirá para realzar un aspecto importante acerca de los modelos clínicos: la conducta humana no tiene que aparecer en una forma determinada para que sea tratada por un modelo particular. La conducta sencillamente ocurre y cada modelo trata de comprenderla, independientemente de su contenido, dentro de un marco de referencia específico. Por lo tanto, las personas no poseen *realmente* superegos o tendencias de respuesta o autoconceptos; simplemente se *comportan* y los psicólogos intentan encontrar el significado o la lógica de dicho comportamiento, mediante el empleo de los términos que para ellos tienen significado. Cuando no reconocen este aspecto fundamental, los psicólogos clínicos cometen muchos errores prácticos y conceptuales, al buscar que sus clientes manifiesten determinados constructos teóricos en lugar de conductas.

Por ejemplo, en algunas ocasiones se escuchan comentarios de los estudiantes de Psicología clínica o hasta de los psicólogos clínicos con experiencia como los siguientes: "Yo me siento bastante cómodo cuando trabajo con clientes que tienen una pobre autoimagen, pero en realidad no estoy preparado para manejar los problemas de respuestas condicionadas de ansiedad", o "el enfoque del aprendizaje social es bueno cuando queremos analizar problemas aprendidos, pero no puede manejar los conflictos inconscientes muy bien". En ambos casos, se consideraría que la persona que hizo estos comentarios ha tomado tan en serio los diferentes modelos clínicos que ella en verdad supone que la conducta humana se conforma a los conceptos que describen los teóricos, en lugar de razonar que la situación es inversa, y no se ha percatado del hecho de que casi *cualquier* muestra de la conducta se puede analizar con cualquier modelo. Por consiguiente, es bastante educativo considerar la conducta de una persona ficticia y darse cuenta de que ningún modelo tiene el monopolio sobre su descripción, explicación, modificación e investigación.

Con el fin de lograr este propósito, los autores pidieron a un representante de la corriente psicoanalítica, a otro del aprendizaje social y a otro de la corriente fenomenológica que leyeran el reporte de un caso ficticio sobre el "Sr. A." y les proporcionaran (1) una reacción inicial, (2) una estrategia de evaluación, (3) algunas hipótesis acerca de la etiología (causa) de los problemas del cliente, (4) algunas ideas acerca de la forma cómo influiría la obtención de mayores datos de evaluación, y (5) un esquema del tratamiento. A continuación se presenta el estudio de un caso, seguido por las respuestas de cada clínico.

Ejemplo de un Caso

El Sr. A. es un hombre blanco que vive en una cómoda residencia ubicada en un suburbio de clase media que rodea una ciudad grande de la costa del Pacífico de

Estados Unidos. Tiene 20 años de casado, dos hijas (de 16 y 18 años de edad) y trabaja como ingeniero eléctrico en una gran corporación de aviones. Dice que pertenece a una religión protestante que, sin embargo, en el pasado rara vez asistía a la iglesia y actualmente jamás acude a los servicios religiosos. No hay aspectos sobresalientes en su historia media (sólo tuvo las enfermedades típicas de la infancia), y su salud en general es buena. A pesar de que los Srs. A. al principio de su matrimonio tuvieron un presupuesto limitado, ahora viven en una situación financiera cómoda debido a una serie de promociones y aumentos de sueldo del marido.

El Sr. A. es hijo único. Nació en una ciudad pequeña del medio este de los Estados Unidos donde está ubicada una universidad prestigiada. Su padre, ahora jubilado, durante muchos años fue el jefe del departamento de ingeniería química de esa universidad y luego fue decano del colegio de ingeniería. Su madre, también jubilada, enseñó gramática inglesa en el bachillerato durante muchos años, antes de ascender el puesto de subdirectora. El Sr. A. tuvo una infancia relativamente feliz y sin muchos acontecimientos sobresalientes. Obtenía buenas calificaciones en la escuela y era un niño más bien serio, que generalmente actuaba de acuerdo con las enseñanzas de sus padres acerca de la importancia del trabajo arduo y la ejecución sobresaliente. Su madre y padre le tenían cariño pero eran algo fríos. Jamás los había visto manifestarse públicamente su afecto o hacerse cariños, y su padre sólo en una ocasión se enojo realmente (cuando el Sr. A. comentó que quería abandonar el bachillerato).

En todos los años de primaria, secundaria y bachillerato, el Sr. A perteneció a un grupo pequeño de amigos de ambos sexos. Los miembros de este grupo se parecían mucho a él: callados, serios y estudiosos. Sus actividades sociales incluían algunas reuniones de grupos con un interés especial (por ejemplo un círculo de filatelia o de aprendizaje del alemán) así como salidas frecuentes al cine y conciertos a los cuales acudía en grupo más bien que por medio de una "cita". Cuando se inscribió posteriormente como estudiante de ingeniería en la universidad local, el Sr. A. siguió viviendo con sus padres y manteniendo sus hábitos sociales y de estudio bien establecidos. A la mitad de su tercer año en la universidad, se había hecho muy amigo de una joven inteligente que congeniaba con él; se encontraban en algunas clases de humanidades que él tuvo que cursar como requisitos académicos. Al principio, él la había invitado a que saliera junto con él y sus amigos a los conciertos, juegos de fútbol y obras de teatro; posteriormente empezaron a salir como pareja. El Sr. A. se sentía muy feliz con su compañera, pero nunca le demostró sus sentimientos ni física ni verbalmente. Cuando finalmente ella habló de matrimonio, él se sintió sorprendido pero pensó que sería una excelente idea. A los padres del Sr. A. también les agradó la idea y se efectuó la boda poco tiempo después de que se graduaron en la universidad. El nacimiento de las dos hijas fue acogido con gusto, y su vida se convirtió en un ciclo placentero y tranquilo de trabajo, recreación y crianza de las niñas.

Los problemas comenzaron a aparecer a medida que las hijas atractivas de los Sres. A. entraron en la adolescencia. Se volvieron muy frecuentes las discusiones acerca de los novios, la política, los efectos del uso de las drogas, la existencia de Dios y los permisos para salir, y la atmósfera familiar se convirtió en un

campo de batalla o una tregua armada. Estas dificultades relativamente comunes, aunque provocaran bastante tensión ("stress"), posteriormente se fueron opacando por un conjunto de problemas más serios y absolutamente inesperados.

Hace poco más de un año, el Sr. A. ha estado experimentado ataques de mareos, taquicardias y, más recientemente, desmayos. A pesar de que ha recibido una atención médica muy extensa tanto de su médico familiar como de una serie de especialistas, no se ha detectado ninguna base orgánica del problema. La frecuencia y la gravedad de los ataques han aumentado durante los últimos meses a tal grado que el Sr. A. se vio obligado a pedir permiso de ausencia indefinida de su trabajo. A pesar de que el pago del seguro de la compañía y los ingresos de la Sra. A. como maestra sustituía han evitado una crisis financiera, él se deprime cada vez más con sus problemas. Después que el Sr. A. agotara sus esperanzas en que los ataques cesarían de manera espontánea, aceptó con reticencia las conclusiones de sus médicos acerca de que podrían estar implicados algunos factores psicológicos y ha llamado a un psicólogo clínico.

En el teléfono informa que jamás ha tenido un "ataque" en casa a menos que esté presente su hija mayor, pero que es casi seguro que se mareará y al poco rato se desmayará si sale de casa por cualquier razón. Por este motivo, no puede conducir un automóvil, y aunque por un tiempo trató de permanecer activo al pedir a su esposa o alguna amistad que actuarán como su chofer, actualmente permanece totalmente encerrado en casa.

El Sr. A. pasa los días leyendo, viendo la televisión o asomándose por la ventana de la sala. Tiene muy poco apetito y está perdiendo peso. Duerme mal y tiene discusiones frecuentes con su esposa e hijas, en las cuales a menudo las acusa de ser la causa de sus problemas. Se siente tan malhumorado acerca de la situación actual y tan pesimista acerca del futuro que ha pensado en el suicidio.

Aplicación del modelo psicodinámico al caso del Sr. A.: Dr. Elliot M. Adler

I Reacción inicial Mi impresión inicial de este caso es que el Sr. A. es un hombre cuyos modos habituales de adaptación y mecanismos de defensa se han demostrado inadecuados para el manejo de la confusión emocional y del conflicto interno que ha estimulado la rebeldía adolescente de su hija mayor. Este fracaso defensivo se manifiesta a través de la presentación de reacciones intensas de ansiedad (que se experimentan somáticamente como mareo, ritmo cardiaco acelerado y episodios de desmayos) las cuales inicialmente se interpretaron de manera equivoca como signos de patología orgánica. Los esfuerzos defensivos subsecuentes para ceñir la ansiedad agobiante provocaron el desarrollo de sintomatología fóbica y un retiro a una modalidad dependiente de adaptación. La depresión, pérdida de apetito, e ideas de suicidio probablemente tienen un significado autocastigante, así como también representan la impotencia genuina del Sr. A. para manejar sus reacciones. Sospecho que sus síntomas tienen una base neurótica; en otras palabras, están en función de impulsos muy poderosos (aunque principalmente inconscientes) y de fantasía de naturaleza agresiva o sexual que entran en conflicto con sus normas morales internalizadas. En pocas palabras, el Sr. A. es un hombre que teme desesperadamente "perder el control".

II. Estrategia de evaluación Mi principal instrumento para evaluar los problemas del Sr. A. sería la entrevista clínica. Emplearía un formato poco estructurado, al trabajar en la suposición de que sus verbalizaciones espontáneas acerca de su dilema serán más reveladores y conducirán a los aspectos más pertinentes que si yo impusiera una secuencia predeterminada de preguntas. Por ejemplo, sus afirmaciones iniciales vía telefónica dirigen mi atención inmediatamente a su hija mayor como un "disparador" precipitante de sus reacciones de ansiedad. Por lo tanto, escucharía con un cuidado especial todo aquello que él diga sobre su relación con su hija, y exploraría de manera específica las circunstancias inmediatas que precedieron a un "ataque" en la presencia de ella. Debido a que mi premisa es que no son los acontecimientos reales los que constituyen la fuente de la dificultad, sino las fantasías internas y los significados de estos acontecimientos, buscaría escuchar ciertos matices en sus expresiones, "lapsus linguae", u otras evidencias del contenido de la fantasía, que me podrían ayudar para evaluar los significados y la psicodinámica inconsciente y simbólica. Por ejemplo, la palabra "ataque" sugiere un acto de agresión. ¿Se siente atacado por alguien? O, lo que es más probable, ¿teme él convertirse en alguien "que ataca"? La palabra "ataque" tiene una connotación sexual, quizá, como en una violación, lo cual implicaría otro conjunto de fantasías e impulsos incoscientes. Varias ideas y preguntas de este tipo jugarían en mi mente mientras estuviera escuchándolo, aunque me apoyaría en una cantidad considerable de información antes de dar peso a las asociaciones fugaces como éstas y convertirlas en hipótesis probables.

Además de evaluar los hechos inmediatos que precipitaron las reacciones de ansiedad y los conflictos internos subyacentes, desearía explorar las siguientes áreas generales de su funcionamiento en el transcurso de mis entrevistas de evaluación:

1 El nivel general del funcionamiento del ego del Sr. A, con un interés especial en su capacidad para verificar la realidad, en capacidad de autoobservación y de "insight" (penetración).

2 La calidad de sus relaciones con las personas más significativas en su vida, en el pasado y en el presente.

3 Las fuentes de tensión ("stress") que hayan contribuido a su problema y que lo hayan afectado más durante su funcionamiento premórbido, tales como dificultades en el trabajo, muertes de parientes o amistades, salud y condición física, etc.

4 Me gustaría escuchar la "historia de su vida" en sus propias palabras y prestar una atención particular en los recuerdos más tempranos que tiene de su infancia y experiencias críticas durante el desarrollo.

5 Le pediría al Sr. A. cualquier sueño reciente o recurrente que él pudiera recordar.

6 Finalmente, le solicitaría que tomara una batería de diagnóstico con pruebas psicológicas, pidiendo específicamente: "Evaluar, el potencial de regresión psicótica del Sr. A."

III. Hipótesis etiológkas En ausencias de mayores datos, yo especularía acerca de que las reacciones de ansiedad del Sr. A. representan su temor a perder el control sobre los impulsos inaceptables que tiene dirigidos hacia su hija mayor. Tanto en su actitud como en su conducta, ella está retando los fundamentos morales de su mundo. Probablemente, esto representa una lucha adolescente apropiada a su edad por lograr establecer una identidad autónoma separada de las influencias paternas. Ella debe rechazar temporalmente los valores de sus padres así como su unión emocional previa e intensa con ellos: un proceso doloroso y que provoca mucha tensión para cualquier padre. Pero se necesitan hipótesis adicionales para explicar la incapacidad del Sr. A. para superar esta crisis normal de la vida. La historia disponible sugiere que la identificación intensa del Sr. A. con la forma en que sus padres veían la vida de una manera sobria, concienzuda pero con poca pasión, pudo haber frenado su propia adolescencia. Por lo tanto, la rebeldía de su hija hiere, al mismo tiempo, a este hombre en dos puntos relativamente vulnerables de su personalidad. Ella está retando los fundamentos morales de su conciencia exageradamente severa (superego) mientras que despierta al rebelde constreñido (id) que está enterrado en su inconsciente. En este contexto, sus reacciones de ansiedad representan las señales de peligro que indican la amenaza de que sus deseos prohibidos están invadiendo sus defensas mientras que su síntoma agorafóbico representa la formación de una solución compleja en la que intenta escaparse de la tentación al obtener una satisfacción y castigo parcial por sus impulsos prohibidos.

IV. Influencia posible de mayores datos de evaluación No sería muy sorprendente descubrir que la hija mayor del Sr. A. ha suscitado sentimientos y fantasías eróticos inconscientes en su padre. Esto podría ser ocasionado por un comportamiento sexualmente provocador por parte de ella, o debido a que el Sr. A. ha dirigido hacia ella sus intereses eróticos como resultado de una frustración en la relación sexual con su esposa. De esta manera el interés de la hija por los muchachos y su desdén por las normas morales convencionales (aunque fuera sólo de palabra) representaría una tentación asi como un rechazo doloroso para este hombre. Se encontraría a sí mismo en una situación en la cual de manera simultánea se sentiría excitado por los deseos incestuosos prohibidos y provocado hasta el punto de sufrir la furia de celos al presenciar su rechazo hacia él como objeto de un afecto intenso.

En última instancia, nuestra evaluación debería incluir algunas hipótesis que relacionaran el conflicto actual y el brote neurótico con algún aspecto de su pasado infantil. Freud descubrió que los deseos, recuerdos y ansiedades del pasado infantil permanecen "vivos" en las profundidades reprimidas de nuestras mentes inconscientes, aguardando vincularse (por medio del mecanismo de desplazamiento) con los acontecimientos, experiencias y personas de nuestra vida actual. Si de hecho, la furia de celos está en el corazón de los problemas actuales del Sr. A., debería entenderse como una versión posterior de algún conflicto infantil no resuelto. La hipótesis más obvia en este caso sería que está reviviendo algún aspecto de su propio drama edípico, y que la intensidad de sus celos, culpabilidad y ansiedad están en función del conflicto pasado que permanece inconsciente en el

presente. Se debe recordar que *todo* esto es muy especulativo ya que se carece de la confirmación cuidadosa y detallada de la información que presentó el paciente.

V. Aproximación general para aliviar el sufrimiento Mis entrevistas de evaluación y los resultados de las pruebas diagnósticas proporcionarían los datos necesarios para la formulación de mi estrategia de tratamiento. La decisión básica que se debe tomar es si se adopta una aproximación psicoanalítica que vaya destapando todos los aspectos del problema y cuya meta sea explorar y hacer conscientes los sentimientos, fantasías e impulsos conflictivos que están causando los síntomas del Sr. A., o si se utiliza una intervención terapéutica de apoyo y más activa en la que se dé consejo, aliento y una posible medicamentación con la intención de que el Sr. A. se recupere lo más pronto posible.

Con motivo de esta discusión, supongamos que se elige la primera estrategia. El proceso analítico se iniciaría a través de las verbalizaciones lo más espontáneas posibles del Sr. A., de sus pensamientos y sentimientos sin importar sus coherencias lógica o temática. A medida que el paciente descubra que el terapeuta no criticaría o enjuiciaría sus expresiones, revelaría con mayor claridad las ideas y sentimientos que se relacionen más de cerca con sus conflictos patógenos (es decir, su furia de celos y sentimientos eróticos hacia su hija se harían evidentes). El medio principal de intervención que yo emplearía implicaría el uso de "interpretaciones" que constan, en esencia, de explicaciones acerca del significado de su conducta, fantasías o sentimientos. La intención de estas explicaciones sería proporcionales "insight" (penetración) intelectual acerca de la naturaleza de las fuerzas conflictivas que luchan en el interior y la relación que guardan con su experiencia actual y pasada. Este "insight" (penetración) le proporcionará la comprensión necesaria para poder luchar activamente por el dominio de su dilema interno. A medida que se profundice el proceso analítico, el terapeuta se convertirá en el foco de los conflictos inconscientes y del drama que comienza a brotar de la represión. Esto proporciona la oportunidad al terapeuta de considerar de "primera mano" los conflictos patógenos centrales en la vida interna de su paciente; también representa un teatro vivo en el que los conflictos (principalmente infantiles) puedan resolverse de una manera nueva y menos destructiva. En el caso del Sr. A., un tratamiento psicoanalítico afortunado daría por resultado una nueva estructura del carácter, que toleraría una gama más amplia de sentimientos y la expresión instintiva sin recurrir a la represión innecesaria (u otras defensas rígidas), a la ansiedad o a la ansiedad o a la formación de síntomas.

Aplicación del modelo del aprendizaje social al caso del Sr. A: Dr. Harold Leintenberg

I Reacción inicial:

A Basándome en su historia temprana, yo pensaría que el Sr. A. podría desear ser "perfecto" en todos los sentidos y fijarse parámetros muy altos y no realistas.

B Una falta de habilidad para expresar sus sentimientos de una manera directa y sin acusaciones.
C Conflictos familiares supuestamente centrados en las hijas adolescentes. Conflicto familiar potencial.
D Extremadamente controlado y demasiado obediente al sistema de valores de los padres. Temor a rebelarse de una manera directa.
E Agorafobia.
F Depresión probablemente secundaria a C y E.

II Estrategia probable de evaluación
A Entrevistar al Sr. A. solo (probablemente dos sesiones).
1 De acuerdo con la gravedad de la agarofobia, podría tener que entrevistarlo en su hogar.
2 Explorar la situación laboral. Analizar si se dieron algunas presiones extraordinarias en el trabajo que coincidieran con el inicio de la agorafobia.
3 Explorar la relación que tiene con la esposa. Determinar si hay alguna buena razón para sospechar que las hijas son chivos espiatorios de los conflictos matrimoniales.
4 Determinar la forma cómo la interacción de él con su hija mayor difiere de sus interacciones con los otros miembros de la familia. ¿Por qué continúa experimentando los "ataques de ansiedad" en casa, exclusivamente en su presencia?
5 Evaluación en vivo de los límites de la agorafobia. Establecer un "curso" de caminar e instruir al Sr. A. a que "camine tan lejos como pueda *sin* experimentar una gran ansiedad". Determinar esto cuando camina solo y cuando yo lo acompaño.
6 Aplicar cuestionarios de autorreporte incluyendo el Beck Depresión Inventory; Rathus Assertiveness Schudele; Fear Survey Schudele; Rotter External - Internal Locus of Control Questionaire.
7 Pedirle que registre en la primera y segunda semana su nivel de ansiedad (en una escala de 10 puntos) cada hora durante cada día de la semana; por ejemplo, lunes a las 8:00 A.M.; 9:00 A.M., 10:00 A.M., etc.; martes a las 8:00 A.M., 9:00 A.M., 10:00 A.M., etc.

B Observar la interacción familiar espontánea. Explorar las señales de reforzamiento positivo de la agorafobia y/o de la conducta depresiva verbal o motora.
C Entrevistar a todos los miembros de la familia individualmente *y* juntos. Pedir a cada miembro que complete una variación del inventario de Stuart de preorientación familiar antes de reunirlos a todos.

III Hipótesis etiológicas y sobre el mantenimiento del problema (si no fuera posible obtener mayores datos) (las letras se refieren a la lista de problemas)
A Extremadamente perfeccionista y controlado: probablemente tenía demasiado miedo de ir en contra de los deseos de sus padres y aun actúa como "ellos esperan que actúe".

B Falta de habilidad para expresar sus sentimientos de manera directa probablemente nunca le enseñaron a que lo hiciera. Modelado pobre por parte de los padres.

C Conflicto familiar. Hay varias hipótesis incluyendo:

1 Las hijas son chivos expiatorios de un conflicto conyugal que no se ha expresado.

2 Su falta de control sobre las hijas puede hacerle sentir que es un fracaso como padre (por lo menos de acuerdo con la manera como *sus* padres hubieran juzgado su ejecución

3 Posible coraje consigo mismo debido a que sus hijas aparentemente son más capaces de independizarse que lo que él pudo hacerlo. Esto puede haber desatado su propio conflicto reprimido con sus padres y puesto en tela de juicio su tendencia a aceptar lo que las otras personas le sugieren.

D Véase A.

E Agorafobia. También existen varias hipótesis:

1 ¿Los demás miembros de la familia están reforzando positivamente estos síntomas? Por ejemplo, ¿dándole más atención y control de lo que normalmente hubiera obtenido?

2 ¿Estas conductas le permiten escaparse y evitar presiones relaciona das con el trabajo? ¿Quizá se siente "atrapado" en su trabajo y ésta es la única manera aceptable de "darse de baja"?

3 Posiblemente él haya notado una de estas excitaciones somáticas al salir de casa después de tener uno de estos conflictos familiares. Esto le puede haber asustado de manera terrible. La anticipación subsecuente y el terror de que ocurriera lo mismo pudo convertirse en una profecía autocumplidora. Y desde luego la evitación subsecuente elimina la oportunidad de que se elimine la ansiedad.

F Depresión. Yo considero que ésta es secundaria a la agorafobia y al conflicto familiar

IV Influencia posible de mayores datos de evaluación sobre las hipótesis etiológicas, de mantenimiento del problema y otras. De acuerdo con la información que adquiera, puede desear explorar algunos de los siguientes puntos más extensamente (aún es un plazo corto para los propósitos de la evaluación):

A Conflictos no resueltos con los padres

B Situación laboral actual

C Deficiencias sociales, por ejemplo, falta de habilidad para expresarse directamente

D Conflicto matrimonial E Interacciones familiares (sistema de reforzamiento).

V Aproximación general para el alivio del sufrimiento. Probablemente comenzaría con las siguientes dos áreas:

A Entrenamiento en formas de comunicación *y* la posible realización de contratos conductuales entre los miembros de la familia inmediata.

B Enfoque de prácticas reforzadas para la agorafobia (una forma especifica de desensibilización en vivo). Sin embargo, podría en el futuro desear también discutir algún tiempo (mas no un periodo excesivo) sus conflictos no resueltos con sus padres y sus propios deseos acerca del trabajo, la profesión, la vida en general, etc.

Aplicación del modelo fenomenología) al caso del Sr.A.: Dr. C.H. Patterson

En contraste con otros enfoques terapéuticos (la mayoría de ellos) yo no tengo interés en obtener datos o información previa a mi encuentro con el cliente o paciente. Si las fuentes que me lo refieren me brindan tales datos los aceptaré, pero sin intentar armarlos en una imagen o modelo conceptual del cliente, ni llegar a un diagnóstico tentativo o formulación del problema. Una actividad como la anterior podrían perjudicar o predisponer la naturaleza del primer contacto con el cliente y quizá conducir a la restricción de las percepciones que yo tuviera del cliente y el ajuste de su persona dentro de una formulación preconcebida.

De una manera semejante, los primeros contactos con el cliente no serían dedicados a obtener determinados datos o una historia del caso. No se intentaría realizar ningún tipo de evaluación psicológica formal ni se emplearían pruebas psicológicas. Se estructuraría la entrevista para que fuera no estructurada; es decir, para proporcionarle la oportunidad al cliente de que se presente a si mismo, o se proyecte, en su propia manera, a su propio ritmo, en toda su individualidad. Los elementos históricos que sean significativos para la terapia saldrían en los momentos y tiempos apropiados. Las relaciones, configuraciones y secuencias de causa-efecto se manifestarían y conducirían a la percepción del cliente como una persona única, como la persona única que él es. En ningún momento se haría el intento de formular un diagnóstico, de clasificar al cliente o sus problemas en algún sentido. El interés se centraría en las actitudes, sentimientos, emociones y conductas específicas.

El diagnóstico se consideraría importante sólo para el reconocimiento de posibles condiciones orgánicas (neurológicas o fisiológicas). La sensibilidad clínica a las peculiaridades, idiosincrasias o inconsistencias de expresión, pensamiento, sentimiento y conducta, con base en la experiencia e intuición clínica (basadas en un conocimiento de posibles condiciones orgánicas) podrían conducir a la sospecha de una implicación orgánica y a referir al cliente a los exámenes médicos, psicológicos y neurológicos pertinentes. En el caso actual, la historia presentada parece que elimina la existencia de estos factores. De cualquier forma, la posibilidad de una implicación orgánica jamás sería eliminada: existen casos de clientes o pacientes que son tratados por sus problemas psicológicos mientras se están muriendo de un tumor cerebral.

Debido a que no se intentaría diagnosticar o etiquetar los problemas del cliente, tampoco se establecería ninguna hipótesis acerca de la etiología psicológica. En ausencia de una implicación orgánica, las hipótesis generales de la etiología psicológica se aceptarían. Además, independientemente de la génesis histórica de los problemas, yo estaría interesado en sus manifestaciones actuales. Algunos elementos comunes, en el pasado o en el presente, son falta de aceptación, comprensión, respeto, honestidad y amor en las relaciones interpersonales.

Teniendo en cuenta la etiología y naturaleza del problema, el tratamiento específico es la comunicación de aceptación, comprensión, respeto, honestidad y amor. Al principio el terapeuta los proporciona en la relación terapéutica. El cliente pierde sus defensas y su resistencia en estas condiciones y se ocupa en auto-delatarse, abrirse y ser honesto consigo mismo, se dirige hacia la autoexploración y luego a la comprensión, aceptación y respeto de sí mismo, y luego de los demás. Las otras personas después tienen actitudes recíprocas, y así se establece la base para la exploración de sus problemas interpersonales con los individuos que les son significativos y para el desarrollo de relaciones interpersonales satisfactorias y mutuamente reforzantes.

Es evidente que no se han mencionado los elementos específicos del caso del Sr.A. Estos puntos no son significativos para el tratamiento y el tratamiento no se dirige de manera particular hacia ellos. En cierta forma son síntomas, o mejor aún, manifestaciones de una perturbación más general. En otras palabras, en esencia, el tratamiento es el mismo para todos los clientes y todos los problemas (no orgánicos). El contenido varía, pero la naturaleza del proceso y los resultados generales son los mismos.

CRÍTICA DE LOS MODELOS CLÍNICOS

Todas las formulaciones que se acaban de presentar tienen su propio atractivo, pero también se pueden someter a varios tipos de críticas. Con el objeto de concluir este capítulo se debería hacer una revisión de los problemas y defectos que diferentes críticos han atribuido a cada modelo clínico.

Problemas del modelo psicodinámico de Freud

La contribución o influencia de Sigmund Freud con dificultad se pueden evaluar adecuadamente. Él presentó la teoría más amplia y revolucionaria del comportamiento que jamás se había articulado y, en este proceso, introdujo ideas y conceptos que en última instancia captaron la imaginación de la Psiquiatría, Psicología y otras profesiones cuyo objetivo es ayudar a las personas con problenas, e influyó inclusive en la literatura, religión, Sociología, y Antropología (véase, por ejemplo, Klukhohn, 1944). En el campo de la Psicología clínica, la influencia de Freud subsiste, aun entre aquellos profesionales que no se consideran a sí mismos freudianos. El estudio intensivo de un solo individuo, la sesión de evaluación o tratamiento entre dos personas (un paciente y un analista), el punto de vista acerca de que la conducta manifiesta, a pesar de lo desordenada que se nos antoje, tiene una relación sistemática con causas psicológicas que se pueden identificar, la posibilidad acerca de que ciertos factores que desconoce el individuo pueden influir sobre su conducta, la importancia del conflicto, el enfoque sobre la ansiedad y otros rasgos que son característicos de la orientación de todos los "tipos" de psicólogos clínicos se pueden atribuir directamente a Freud. Además, los conceptos de Freud se han convertido en una parte de nuestro lenguaje cotidiano y por lo tanto pueden guiar (¿inconscientemente?) las maneras como cualquier profano concibe su comportamiento. No es nada raro escuchar a casi todo el

mundo referirse a los "lapsus freudianos", al complejo de Edipo, a la motivación inconsciente, a los mecanismos de defensa, o al ego, en el contexto de una conversación casual.

A pesar de su amplia aceptación (para muchas personas, la psicología clínica y el modelo psicodinámico son equivalentes), se ha criticado continuamente el enfoque de Freud con base en las siguientes premisas:

1 Las ideas e hipótesis psicodinámicas tales como el id, ego, superego, proyección motivación inconsciente y represión están constituidas por abstracciones vagas que es difícil o casi imposible verificar de manera científica. Se ha de mostrado que no son confiables ni válidas las técnicas que se han desarrollado con el fin de medir varios de los conceptos de la personalidad freudiana (véase el Cap. 6), y se han puesto en tela de juicio los efectos del tratamiento clínico en que se basan esos conceptos (véase el Cap. 9).

2 Las experiencias clínicas de Freud con un número reducido de pacientes de la clase alta de Viena a finales del siglo pasado y principios de éste, conformaron el fundamento completo de su enfoque. Esto cuestiona seriamente la generalización de sus ideas y su aplicación a otros tipos de personas de otros estratos sociales y otros ambientes culturales. Algunos antropólogos han sugerido, por ejemplo, que los conceptos psicoanalíticos acerca de la conducta y el desarrollo de la conducta no son universales (por ejemplo, Lindesmith y Strauss, 1950: Me ad, 1928,1939).

3 Las concepciones psicoanalíticas prestan demasiada importancia al lado negativo del carácter humano (es decir, instintos agresivos y sexuales) y, en compa ración con las otras teorías definitivamente no dedica suficiente atención a (1) la posibilidad inherente de crecimiento que tienen las personas y (2) la influencia de la sociedad y cultura sobre el comportamiento. Este aspecto ha provocado el rechazo por muchas personas de la teoría de Freud y continúa siendo un elemento de preocupación.

4 La perspectiva psicoanalítica representa un sistema cerrado que tiende a ser inflexible y a no dejarse influir por la información contradictoria; se puede interpretar cualquier resultado como una confirmación de los principios freudianos. Por ejemplo, si las entrevistas psicoanalíticas o las pruebas proyectivas conducen a la conclusión de que una persona alberga grandes sentimientos inconscientes de hostilidad, la conducta hostil subsecuente se tomaría como la salida de los impulsos inconscientes. Pero la demostración de una conducta calmada y amigable también podría proporcionar evidencia para la existencia de una hostilidad subyacente debido a que se podría considerar una formación reactiva. Al reconocer este problema algunos de los críticos han llegado alachar a la teoría de Freud de "burla" o "engaño" (Jurjevich, 1974).

5 El modelo psicodinámico facilita de una forma exagerada el que cualquier conducta sea interpretada como indicadora de una motivación inconsciente y la patología relacionada, y por lo tanto puede realmente crear problemas. Un hombre afortunado, luchador y muy activo puede angustiarse al escuchar que su comporta miento refleja una compensación de sus sentimientos inconscientes de incapacidad.

6 Debido a que la aproximación de Freud es un subtipo del modelo médico, el enfoque de Freud es compatible y ayuda a perpetuar un sistema de diagnóstico que no es confiable ni válido (American Psychiatric Association, 1968); este sistema adjudica una o varias etiquetas despectivas (por ejemplo, "neurótico", "esquizofrénico") a personas que de por sí ya tienen problemas; estas etiquetas no solamente tienen poco significado, sino que a menudo son dañinas social y psicológicamente para la persona en términos de su posición y mejoría futura (véase Ullmann y Krasner, 1965, 1975: Szasz, 1960. 1966).

Problemas del modelo del aprendizaje social

Desde su comienzo, a finales de la década de 1950, el enfoque del aprendizaje social ha gozado de un apoyo entusiasta por parte de una cantidad cada vez mayor de practicantes de la psicología clínica, el trabajo social, la educación, la psiquiatría y muchas otras disciplinas (véase el Cap. 10), Para ellos, el atractivo del modelo reside en su aproximación, orientada objetiva y experimentalmente al comportamiento humano: rechaza explicaciones intrapsíquicas y subjetivas (incluso nociones de la enfermedad mental y el inconsciente); define sus conceptos de una manera operacional; apoya sus principios básicos en los datos de laboratorio en lugar de hacerlo en abstracciones vagas; vincula sus actividades aplicadas a los resultados de la investigación cuidadosamente controlada, y evalúa de manera escrupulosa el grado de precisión y validez de sus procedimientos de evaluación y tratamiento por medio de una serie continua de investigaciones críticas. En pocas palabras, se considera que el modelo del aprendizaje social representa la mejor aproximación para el progreso de la Psicología *como una ciencia del comportamiento* en el campo de la psicología clínica aplicada.

Sus detractores no están convencidos de lo anterior y sugieren que:

1 La aproximación del aprendizaje reduce a los seres humanos a un conjunto complejo de respuestas adquiridas que se derivan de una relación mecanicista con el ambiente. Esta perspectiva es muy estrecha y tiende a excluir las influencias genética, fisiológica, constitucional y otras que no se basan en el aprendizaje y, lo que es más importante deja de dar suficiente importancia a la experiencia subjetiva y la posibilidad de cada persona para el desarrollo positivo. En otras palabras, los conceptos del aprendizaje social se refieren a la conducta del individuo, pero ignoran al individuo como tal.

2 El modelo de aprendizaje social sólo se puede aplicar a ese campo limitado de la actividad humana en que el comportamiento se pueda medir. Por lo tanto no puede conceptualizar o mejorar de una manera adecuada los problemas huma nos de una naturaleza compleja e interna. Por consiguiente, los principios del aprendizaje social son muy buenos para tratar y explicar las fobias y otras relaciones de estímulo-respuesta que sean específicas y bastante sencillas, "pero ¿cómo puede manejar la pena sufrida por la pérdida de un ser querido, la vergüenza por el fracaso, la culpa imaginaria o real acerca de las transgresiones morales, el sentimiento penetrante de impotencia y otros afectos negativos? Al asemejar la conducta humana con la animal, y al centrarse en la conducta visible en lugar de hacerlo con los estados internos, se minimizan aquellos valores, sentimientos,

fantasías y motivos que de una forma precisa distinguen y acosan la vida humana (Korchin, 1976, p. 349).

3 Los principios del aprendizaje en los que se basa el modelo del aprendizaje social no están bien establecidos y los mismos teóricos del aprendizaje no se ponen de acuerdo acerca de dichos principios. Por ejemplo, aún sigue siendo motivo de alguna discusión el tema acerca de la naturaleza y la función del reforzamiento en el proceso del aprendizaje; y esto ilustra la posición débil de muchos de estos conceptos. Ademas, aun cuando se establecieran de manera clara todos los principios del aprendizaje, aún permanecería la controversia acerca de si su origen en el laboratorio animal les permite que sean aplicados de una significativa al comportamiento de los seres humanos. De esta manera, un gato que se enfrenta con una tarea sin solución puede exhibir "neurosis experimental", pero la conducta humana que se llama "neurótica" puede ser diferente y ser causada por un proceso distinto.

4 Las aproximaciones del aprendizaje social a la Psicología clínica no son tan especialmente científicas o validadas con la claridad que le adjudican sus defensores. Muchos de los procedimientos de evaluación y tratamiento que representan el modelo se basan más en la experiencia clínica que en la investigación experimental, y en los casos en que se dispone de la evidencia experimental, no siempre apoya de manera contundente las técnicas basadas en las teorías del aprendizaje. Además, se discute que los otros modelos también producen alguna evidencia ex perimental a favor de sus conceptos y procedimientos y, por lo tanto, la perspectiva del aprendizaje social de ninguna manera se encuentra aislada en su respeto por el método científico.

Problemas del modelo fenomenológIco

La orientación fenomenológica tiene un atractivo intrínseco poderoso. Otorga un papel central a la experiencia inmediata de cada persona, una especie de "axioma" con la que casi cualquier persona se puede relacionar si presta atención a tal experiencia. Además, subraya la importancia de la individualidad única de los seres humanos en general y de cada persona en particular, y de esta manera proporciona un sentimiento de tranquilidad y seguridad al concebir que las personas no son simplemente una extensión cuantitativa de los animales inferiores o que son "iguales a los demás". Finalmente, es una aproximación optimista que se enfoca sobre las posibilidades positivas de la vida humana y da fe y confianza en la capacidad del individuo para crecer hasta lograr la plenitud completa de sus capacidades experienciales y conductuales.

A pesar de sus puntos de vista estimuladores y alentadores, el modelo fenomenológico también ha recibido una buena porción de críticas, como las siguientes:

1 La aproximación fenomenológica se preocupa de una manera muy estrecha por la experiencia consciente inmediata y no presta suficiente atención a la importancia de la motivación inconsciente, las contingencias de reforzamiento, las influencias circunstanciales, los factores biológicos y otros aspectos parecidos, en la determinación del comportamiento.

2 El modelo no trata de una manera adecuada el tema del *desarrollo* de la conducta humana. La formulación de postulados acerca de una tendencia innata hacia el crecimiento o "actualización" puede *explicar* el desarrollo pero no explica los procesos implicados. Señalar que un niño se desarrolla debido a una tendencia hacia la autorrealización es parecido a la afirmación de que una persona come debido a que tiene hambre; esto puede ser cierto, pero no aclara bien lo que significa "hambre" o cómo opera precisamente para ejercer influencia sobre el comporta miento.

3 Una crítica relacionada con la anterior pero más general es que las teorías fenomenológicas proporcionan *descripciones* excelentes del comportamiento humano (en particular de su aspecto subjetivo) pero por lo general no se enfocan sobre la exploración científica de sus causas funcionales. La afirmación acerca de que las personas actúan debido a sus percepciones únicas de la realidad puede producir mucha satisfacción personal, pero esto no proporciona suficiente información en cuanto a la obtención de una mayor comprensión acerca de las variables que operan en el desarrollo, mantenimiento y modificación de las conductas humanas (inclusive de las percepciones subjetivas).

4 Los conceptos fenomenológicos no son científicos, son vagos, esotéricos y, en general, difíciles de entender, mucho menos investigar. Cuando los seres humanos se describen como "una precipitación momentánea de un remolino de una corriente pasajera de la energía en el enorme e incomprensible mar que llamamos universo" (Kempler, 1973, p. 255), se vuelve difícil generar hipótesis verificables acerca de la conducta. De hecho, a excepción de Rogers y sus colegas, la mayoría de los fenomenólogos consideran que la investigación de la conducta humana es deshumanizante, exageradamente fragmentaria, sin significado en última instancia, y por lo tanto carece de importancia si se le compara con, digamos, las actividades que se elaboran con el fin de acrecentar el conocimiento individual. De esta manera al modelo fenomenológico se le acusa no tan sólo de no ser científico sino de ser anticientífico y por lo tanto probablemente impida el progreso del conocimiento acerca del comportamiento humano.

5 Las teorías fenomenológicas no sólo están en contra de la ciencia, sino que también están en contra del intelecto. En este modelo, la razón se subordina al sentimiento, y se busca el conocimiento a través de la experiencia subjetiva en lugar de por medio del análisis racional. Esta concepción se opone al carácter del pensamiento occidental y antagoniza a muchos clínicos.

6 El modelo fenomenológico puede describir de manera teórica el comporta miento de todos los seres humanos, pero su aplicabilidad clínica se limita a aquellos segmentos de la población cuyo ambiente intelectual, educativo y cultural es compatible con la naturaleza introspectiva de esta aproximación. Para aquellas personas que no pertenecen a este grupo elitista, las nociones fenomenológicas tienen poco significado. Además, el modelo se dirige a una extensión muy limitada de problemas: para la persona que está luchando intelectualmente con una crisis de identidad o de valores, las nociones fenomenológicas pueden tener un gran valor subjetivo, pero estas nociones (como los principios de otros modelos) pueden ser inútiles en situaciones en que las necesidades insatisfechas que se en-

cuentran en lo más bajo de la jerarquía de Maslow (por ejemplo, alimentación, vivienda decente y un trabajo) son la base del sufrimiento humano.

Popularidad de los modelos clínicos

Este reporte de los tres modelos principales de la Psicología clínica debe señalar claramente que presentan una especie de conflicto triple de aproximación-evitación para la persona que intenta tomar una decisión acerca de cual de los modelos desea adoptar. Todos presentan aspectos positivos y negativos y, aun después de hacer una elección tentativa, la persona aún se enfrenta con diversos matices dentro de cada modelo. Parece que no existen criterios completamente objetivos y universales para guiar la decisión; hasta el consejo que ofrecieron los autores al principio de este capítulo acerca del valor de los modelos que podían ser verificados científicamente se basa en su prejuicio personal, y a pesar de que muchos lo comparten, de cualquier forma es un prejuicio.

Así pues, ¿qué es lo que determina la elección o versión personal de un modelo determinado? Los freudianos podrían sugerir que la motivación inconsciente es la que la puede originar, mientras que otros indicarían la función que haya desempeñando el modelado, reforzamiento diferencial y otros principios del aprendizaje. La orientación de los profesores y los supervisores clínicos a menudo tiende a reflejarse en los estudiantes que tienen contacto con ellos de manera directa o a través de sus obras. Aun otros buscarían la respuesta en la congruencia entre los principios del modelo y los autoconceptos de sus seguidores. O, la elección puede basarse en el "estilo cognitivo" (Kaplan, 1974, características emocionales y de personalidad L'Abate, 1969), o sencillamente la "preferencia personal" (Zubin, 1969). La verdad es que, en realidad se desconoce *el motivo* por el cual los clínicos eligen un modelo determinado, y quizá nos convenga más considerar *los elementos* que tienden a elegir.

En referencia a lo anterior, las respuestas son bastante claras. Algunos clínicos no emiten una sola decisión. Por el contrario, adoptan aquellos aspectos de dos modelos o más que a ellos les satisfacen personalmente. Para las personas que valoran la liberalidad, la flexibilidad y la moderación antes que la consistencia sistemática, esta solución al problema de elegir un modelo se denomina *eclecticismo.* Para las personas que valoran como más importantes el apego a un punto de vista unitario e integrado, los "eclécticos" son simplemente individuos confundidos cuyo destino es girar sus engranes intelectuales debido a una falta de seriedad teórica. En cualquier caso, las filas de "eclécticos" o "confundidos" están creciendo en algunos de los grupos de Psicología clínica, a pesar de que (o quizá debido a que ahora se dispone de un número mayor de submodelos que se pueden identificar fácilmente. Garfield y Kurtz (1976) reportaron que casi el 55 por ciento de su muestra de 855 miembros de la División clínica del APA se llamaron a sí mismos eclécticos, lo cual constituye un incremento de casi el 15% sobre una estimación realizada anteriormente por Kelly (1961).

Garfield y Kurtz (1976) presentan otra evidencia que sugiere que los modelos freudianos y neofreudianos han ido perdiendo popularidad entre los psicólogos clínicos en el transcurso de los últimos 15 años, mientras que la de las perspectivas

fenomenológicas y del aprendizaje social se ha incrementado ligeramente. A pesar de que estos datos probablemente reflejan de una manera adecuada la *dirección* que han tomado las tendencias para la adopción de las modelos de Psicología clínica, pueden carecer de una representatividad completa. Por ejemplo, muchos clínicos que no son eclécticos no pertenecen a la División Clínica del APA, y por lo contrario se inscriben en grupos clínicos que se orientan hacia un solo modelo tales como "Association for the Advancement of Behavior Therapy" (Asociación para el progreso de la terapia conductual) o "Association of Humanistic Psychology" (Asociación de Psicología humanística). Por lo tanto, probablemente sea más acertado afirmar que, a pesar de que hay muchos eclécticos, hay una cantidad aún mayor de clínicos que se identifican con un modelo determinado, principalmente los modelos del aprendizaje social o fenomenológico en contraste con el psicodinámico. Garfield (1974, p. 37) lo expresó de la siguiente manera: "Parecería que. . . la cúspide de la orientación (psicoanalítica) ya fue alcanzada."

Segunda Parte

Aprender a conocer a las personas



Capítulo **4**

La evaluación en la Psicología clínica

Los diccionarios por lo general definen el término "evaluación" como una estimación del valor o mérito. Un valuador urbano, por ejemplo, observa una casa y estima su valor. Con base en esa estimación, se establece el impuesto predial para el dueño. Un aspecto importante que se debe notar acerca de la evaluación es que no es un suceso que ocurra de manera aislada, sino que forma parte de un proceso que conduce a una meta. El valuador (1) *recopila información* (por ejemplo, tamaño del terreno, tamaño de la casa, número de habitaciones), (2) combina, integra *y procesa* esa información al revisar ya sea de memoria, o bien, repasando los apuntes que haya tomado, sobre las diversas características de la construcción, en relación a los parámetros de esa población y otras construcciones comparables, y (3) *emite u orienta en la toma de una decisión* ("Este lugar vale $62,000 dólares").

Por lo tanto a pesar de que algunas evaluaciones de hecho implican la determinación del valor o mérito de una cosa, una definición más general del término sería *el proceso de recopilar la información que será empleada como la base para la toma de decisiones por parte del evaluador o por aquellas personas a las que se les comunican los resultados*. En los Capítulos 1 y 2, se vio que la evaluación fue una de las funciones primeras que identificaron a la Psicología clínica, y aún permanece siendo uno de sus fundamentos. Sin embargo, es importante que se esté consciente de que, sea formal o informal, el proceso de la evaluación no es una herramienta

exclusiva de los clínicos. Casi todas las personas emplean algún tipo de evaluación en algún momento. Considérense los siguientes ejemplos:

1 Antes de escoger las materias y los profesores del próximo semestre, un estudiante *recopila información* al examinar el catálogo de los cursos, platicar con sus amigos, revisar los requisitos que no están completos, y quizá leer un folleto sobre las evaluaciones que se han realizado de los profesores. Luego, se combina *o procesa* esta información, al mismo tiempo que se tienen en mente muchos factores pertinentes: "Necesito llevar por lo menos 12 créditos para no perder mi beca. Quiero poder levantarme a las 10:00 de la mañana. Quiero que Rafael 'Bum-Bum' Moscowitz (el estudiante que mejor toma apuntes que yo conozco) esté por lo menos en dos de mis materias, y no quiero tener más de un curso "agotador" si lo puedo evitar. Finalmente, el estudiante toma una serie de *decisiones* para establecer una lista de cátedras y un horario semanal de clases.

2 Un consumidor tiene planes de comprar un automóvil, pero no toma decisiones del estilo, modelo, año y agencia hasta que haya recopilado y procesado una cantidad considerable de datos: ¿De cuánto dinero en efectivo dispone para pagar el enganche? ¿Qué tipo de financiamiento puede manejar? ¿Qué automóviles nuevos y usados caen dentro del presupuesto que tiene, y entre éstos cuáles tienen las características más deseables? ¿Qué opinan las revistas automovilísticas, las revistas para los consumidores y las amistades documentadas sobre cada carro? Finalmente, ¿en dónde se encuentran los mejores precios y servicios?

Las decisiones que se relacionan con la vida cotidiana hasta cierto punto también se guían por un proceso de evaluación (que a menudo no se reconoce), que se asemeja a la evaluación empleada por la Psicología clínica. Se nos platica sobre ciertas personas o tenemos la oportunidad de conocerlas sin saber nada de ellas de antemano. Luego, procesamos o interpretamos los datos que recopilamos acerca de sus antecedentes, actitudes, valores, conductas y características peculiares a la luz de nuestras propias experiencias, normas y marcos de referencia. Nos formamos ciertas impresiones e imágenes que guían nuestras decisiones sociales de tal forma que, cuando tenemos opción, buscamos a ciertas personas y evitamos a otras. Si el encuentro con determinadas personas es inevitable, nuestro comportamiento social puede llegar a reflejar nuestras evaluaciones previas (si alguna vez tuvo que convivir con alguien que le desagradaba, sabrá a qué nos referimos).

Cuando los datos precisos y representativos de la evaluación social se procesan de una manera eficiente y objetiva, se obtienen decisiones óptimamente benéficas. Identificamos correctamente a una persona "falsa" o "vemos a través" del lenguaje rudo de una persona y reconocemos otros aspectos de su comportamiento que rara vez se descubren. A los individuos que comúnmente pueden hacer lo anterior se les considera "buenos para juzgar el carácter" y se convierten en fuentes valiosas para proporcionar opiniones y consejos.

Desafortunadamente, sin embargo, los errores en las decisiones sociales son muy probables debido a las dificultades que surgen en la recopilación de los da-

tos, su procesamiento, o en ambas cosas. Es fácil dar el salto a una conclusión equívoca acerca de otra persona con base en una información inadecuada ("Tan pronto como dijo que odiaba el ballet, pensé que con seguridad no me agradaría"), una muestra de conducta no representativa (cuando una persona está de mal humor, por lo general, da una mala imagen de sí mismo), los estereotipos de diversas clases ("Su acento de veras que me hizo repudiarla"), y prejuicios personales ("¡Me encantan las personas que se ponen así los suéteres!"). Estas y otras fuentes de errores semejantes hacen que el proceso de recopilación de la información que guiará nuestras decisiones acerca de las demás personas sea sumamente peligroso.

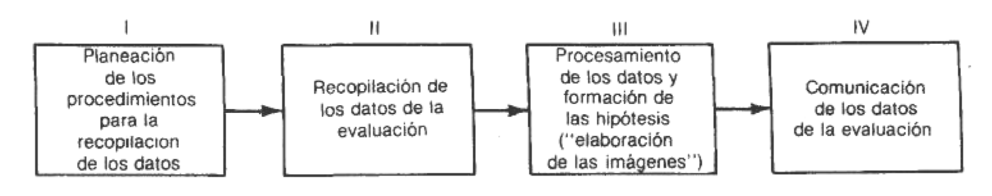
No obstante, esta es precisamente la función de la evaluación en la Psicología clínica. Y a pesar de que el psicólogo clínico tenga acceso a una mayor cantidad de información sistemática de evaluación que la que dispone el profano, la tarea de aprender acerca de otras personas y formarse una "imagen de trabajo" adecuada (Stundberg, 1977) siempre se presenta como un reto. El reto es aún más tremendo debido a que las consecuencias de los errores en la evaluación clínica pueden ser más dramáticas y perdurables que comprar un automóvil equivocado, cursar una materia aburrida, o pasar una noche con un patán.

Este capítulo se elaboró para proporcionar un panorama acerca de la forma cómo el psicólogo clínico, como ser humano que generalmente no posee poderes especiales de percepción y de juicio y es susceptible de cometer la misma cantidad de errores en la recopilación y procesamiento de datos que otros seres humanos, ha intentado aproximarse y enfrentar el reto de la evaluación, si no es que siempre lo ha podido vencer.

COMPONENTES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN CLÍNICA

Se ilustran cuatro componentes distintos, aunque interrelacionados, del proceso de la evaluación clínica en la figura 4-1. Cada uno implica varias preguntas y puntos que deberán abordarse para lograr una comprensión del proceso completo. Por ejemplo, en relación con las secciones de la planeación y recopilación de los datos, uno puede preguntarse cuánta información acerca de una persona es "suficiente", qué tipos de datos son más valiosos que otros, cómo se puede detectar y eliminar la información inadecuada y dónde debería buscarse la información. La fase del procesamiento de los datos hace que surjan preguntas como las siguientes: ¿Cómo logra integrar el clínico los datos disponibles? ¿El evaluador puede man-

Figura 4-1 Una presentación esquemática del proceso de la evaluación clínica.



tener una actitud objetiva y libre de prejuicios? ¿Una computadora puede manejar de una manera más competente que un ser humano los datos de evaluación? El análisis de la cuarta sección de evaluación conduce a las siguientes interrogantes: ¿Qué formas toman los resultados de la evaluación? ¿Quién las emplea y con qué fines? ¿Cuál es el impacto de la evaluación sobre las vidas de las personas que evalúan? ¿Están protegidas las personas de un mal uso o abuso de los resultados de la evaluación?

A medida que se analice el proceso de la evaluación clínica en las secciones subsiguientes aparecerán los temas anteriores y otros más.

Planeación de la evaluación

McReynolds (1975) señala que se deben contestar dos preguntas relacionadas antes que se pueda iniciar la evaluación clínica: (1) ¿Qué es lo que se desea conocer? (2) ¿Cómo se pueden adquirir esos conocimientos? El punto de vista que se tenga del mundo y que determina cuáles son las variables humanas importantes generalmente dicta la respuesta a la primera pregunta y también tiende a formar la contestación a la segunda.

En la antigüedad, por ejemplo, se consideraba que los deseos de varios dioses o la posición de los cuerpos celestes en el momento del nacimiento ejercían una gran influencia sobre el comportamiento y destino humanos. De una manera congruente, se convirtieron estas variables en el centro de la evaluación y se medían cuidadosamente por medio del análisis de los hígados de los animales que se sacrificaban (hepatoscopía) y la consulta de tabuladores y mapas de datos astronómicos que se habían compilado con mucho esfuerzo a través del tiempo (astrología). La presencia del individuo para estos fines casi era superflua, ya que el estudio se dirigía hacia variables externas y remotas.

El punto de vista del mundo que ha conformado la mayor parte de la evaluación clínica en la civilización occidental es radicalmente distinta. Esta subraya la importancia de las variables y dimensiones que operan *dentro* o *inmediatamente alrededor* del individuo que se evalúa. Como vimos en el capítulo 3, esta orientación general dirigida hacia el individuo se presenta en formas muy variadas. En el caso de diferentes clínicos, se les presta mayor o menor atención e importancia a factores tales como la dinámica y los rasgos de la personalidad, la historia del aprendizaje social y los factores ambientales actuales, así como las percepciones que alguien forma de sí mismo y de la realidad. Sin embargo, independientemente de los detalles, la evaluación clínica moderna persigue un conocimiento de las personas *centrándose directamente en ellas*. De esta manera, el hígado del animal y el mapa de los planetas se han sustituido por un conjunto de recursos de evaluación (que están en continuo desarrollo), principalmente las *entrevistas*, las *pruebas* ("tests"), las *observaciones* y los *documentos históricos*.[1]

[1]Los documentos históricos (Cattell, 1965) incluyen varios tipos de "documentos personales" (por ejemplo, diarios y cartas. Allport, 1942, 1965), datos de archivos y "huellas" (por ejemplo, documentos universitarios que incluyen calificaciones, etc. Webb, Campbell, Schwartz y Schrest, 1966) y otras mediciones ambientales y de logros (por ejemplo, honores y trofeos. Berg y Adams, 1962).

Desafortunadamente, la noción acerca de que la evaluación clínica se centra directamente en los individuos por medio de la referencia a ciertas fuentes de datos sólo proporciona al clínico unas clases de guías muy generales de conceptos y procedimientos. Los detalles acerca del contenido de la información que se persigue y los medios que se deberán emplear para obtener dicha información aún pueden variar enormemente y, por lo tanto, la planeación, organización e implementación de una estrategia eficiente de recopilación de la información constituye una gran parte del reto de la evaluación clínica.

Para ejemplificar el problema señalado, considérese la primera *cantidad* de cosas que se pueden ocurrir para indagar acerca de una sola persona. La lista puede comenzar con datos tales como la edad, el sexo, la estatura, el peso y continuar *ad infmitum* para incluir detalles como el saldo bancario, la comida favorita, la velocidad que se tarda en correr un tramo de 100 metros, la presión arterial y la talla de su sombrero.

Las preguntas de evaluación que son potencialmente interesantes también pueden tocar varios niveles *interrelacionados,* comenzando con el funcionamiento fisiológico hasta las relaciones con la familia y otros sistemas sociales. Los niveles más comúnmente identificados se listan en la Tabla 4-1, junto con unos ejemplos de los datos que generalmente se asocian con cada uno.

Tabla 4-1 Los niveles de la evaluación y algunos datos representativos de cada nivel

Nivel de evaluación	Tipo de datos
1 Somático	Tipo de sangre, factor RH, patrón de respuestas autonómicas a la tensión ("stress"), funcionamiento de los ríñones y el hígado, características genéticas, metabolismo basal, agudeza visual, enfermedades
2 Físico	Estatura, peso, sexo, color de ojos, color de cabello, "tipo" de constitución corporal, número de miembros, dedos en las manos y pies
3 Demográfico	Nombre, edad, domicilio, número telefónico, ocupación, educación, ingresos, estado civil, número del hijos
4 Conductual manifiesto	Velocidad en la lectura, coordinación visomotora, respuesta a los reactivos de la(s) prueba(s) de personalidad, frecuencia de discusiones con las demás personas, habilidad para el canto, habilidad para establecer una conversación, autoafirmación interpersonal, eficiencia ocupacional, hábitos de fumar
5 Congnitivo/intelectual	Respuesta a los reactivos de la(s) prueba(s) de inteligencia, ejecución en las pruebas de procesamiento de información o complejidad cognitiva, respuesta a las pruebas de percepción y estructuración de la realidad
6 Ambiental	Ubicación y características de la vivienda, cantidad de cohabitantes, requisitos y características del trabajo, características físicas y conductuales de la familia, amistades, y compañeros de trabajo, naturaleza de las normas y tradiciones culturales particulares, condiciones económicas generales, ubicación geográfica

La cantidad y diversidad de los datos de evaluación potencialmente disponibles indican que nunca podemos conocer *todo* lo que se puede saber acerca de otra persona. Aun cuando fuera posible obtener el conocimiento total, sin embargo, ésta no sería una meta práctica para el clínico. El intento de explorar de manera completa e intensiva cada nivel de evaluación para un determinado cliente sin **duda** produciría mucha información importante, pero el proceso podría ser interminable y sería demasiado costoso en tiempo y dinero. También produciría probablemente muchos datos triviales, redundantes, anticuados e irrelevantes. En la mayoría de los casos, no tendría utilidad conocer el número de la licencia automovilística de un cliente o si sabe hacer "juegos de manos".

Selecciones de la evaluación De esta manera, el clínico debe efectuar algunas elecciones y encontrar algunas soluciones acerca de (1) cuánta atención se debe dedicar a cada nivel de evaluación, (2) el tipo de preguntas que se deben hacer para cada nivel y (3) qué técnicas de evaluación deberá emplear.

El modelo teórico adoptado por cada clínico desempeña una función determinante en estas selecciones, debido a que, como se notó en el Capítulo 3, las preguntas y las herramientas de la orientación dinámica de un freudiano ortodoxo serán substancialmente diferentes de los temas y técnicas funcional-analíticas que subraye un skinneriano riguroso. La familiaridad del clínico con la investigación pertinente también puede servir para determinar la forma que tome la estrategia de evaluación. Los estudios que investigan el valor de las entrevistas, pruebas ("tests"), observaciones y documentos históricos como fuentes de datos generales pueden constituir guías útiles, y si se les aumenta la evidencia experimental sobre la *confiabilidad y validez* de determinadas pruebas, procedimientos observacionales y otras herramientas, pueden facilitar y propiciar la orientación empírica de la tarea de planeación del psicólogo clínico.

Estos conceptos son tan importantes que merecen una explicación minuciosa. La confiabilidad se refiere a la *consistencia* de los datos de evaluación. Se puede evaluar de diferentes formas. Si los resultados de varias mediciones repetidas de un mismo cliente resultan muy similares, se dice que los procedimientos de evaluación que se emplean para generar esos resultados tienen una *confiabilidad "test-retest"* (de la toma repetida de las mediciones) alta. Otra forma de evaluar la confiabilidad es mediante un análisis de la consistencia interna. Si una parte de la técnica de evaluación proporciona evidencia que se asemeja a la que proporcionan otras partes, se dice que la técnica tiene consistencia interna. En el caso de las pruebas psicológicas ("tests"), a esta dimensión se le denomina frecuentemente *confiabilidad "split-half"* (de comparar los resultados proporcionados con diferentes partes de la misma prueba).

Una tercera forma para evaluar la confiabilidad de una evaluación es a través de la comparación de los resultados obtenidos por más de una versión de la misma. Si dos ediciones de la misma prueba dan resultados equivalentes, se dice que la prueba tiene una alta *confiabilidad de formas paralelas.* Cuando, después de que varias personas usen un determinado sistema de evaluación para diagnosticar, tasar u observar a un cliente determinado, se obtienen datos semejantes, se

dice que el sistema posee una *contabilidad entre los registradores* ([4<]interrater") alta.

La *validez* de los métodos de evaluación refleja el grado hasta el que realmente miden lo que se proponen medir. Igual que con la confiabilidad se puede evaluar la validez de diferentes maneras. (APA, 1974a). Por ejemplo, si un instrumento de evaluación mide todos los aspectos de su objeto, se dice que posee una alta *validez de contenido.* Una prueba de inteligencia que *únicamente* midiera la retención calificaría bajo en esta dimensión. Si una prueba u otra medición puede pronosticar adecuadamente algún aspecto del comportamiento de un cliente (por ejemplo, intentos de suicidio, calificaciones en la universidad), esa evaluación tiene una alta *validez predictiva.* Cuando se encuentra que dos instrumentos de evaluación miden lo mismo, se dice que tienen una *validez concurrente.*

Finalmente, existe el concepto de *validez de constructo* (Cronbach y Meehl, 195S). De una manera simplificadora, se dice que una evaluación tiene validez de constructo cuando se demuestra que sus resultados se relacionan sistemáticamente con la "cosa" que se supone que está midiendo. Por ejemplo, una medición de ansiedad deberia aumentar bajo aquellas circunstancias en que se considera que normalmente aumenta la ansiedad (digamos, antes de una operación quirúrgica importante). Si no ocurre algún cambio, se sospecharla de la validez de constructo de la medición. Una sola observación de este tipo es muy limitada como para poder establecer o disputar la validez de constructo; se requiere de un conjunto de operaciones mucho más elaborado en una serie de experimentos (Campbell y Fiske, 1959).

Para resumir la diferencia entre la confiabilidad y validez, considérese una situación en la que cincuenta personas deben emplear su propia vista como instrumento de evaluación observacional para determinar el sexo de una persona disfrazada con ropas femeninas. Los cincuenta observadores pueden todos estar de acuerdo en que el sexo de la persona es femenino, pero pueden todos estar equivocados. De esta manera sus observaciones serian *altamente confiables* (consistentes) pero *absolutamente inválidas* debido a que no habrían medido el sexo de una manera adecuada.

Antes de concluir el tema de la confiabilidad y validez, se debe mencionar que se han integrado recientemente estos conceptos bajo un concepto más amplio, denominado *generabilización* (Cronbach, Gleser, Nanda y Rajaratnam, 1972). Dentro de este marco de referencia, se evalúa un instrumento de medición en términos de lo que uno puede aseverar acerca de sus resultados. Por lo tanto, en lugar de decir que un instrumento tiene una confiabilidad "test-retest" alta, se dice que sus datos se generalizan a lo largo del tiempo. Parece ser que probablemente la teoría de generabilización y los procedimientos de análisis de datos que le acompañan desempeñarán una función cada vez más importante en la evaluación de los métodos clínicos de medición.

Para regresar al tema de la planeación de la evaluación (o medición), las estrategias del clínico no sólo se ven influidas por la confiabilidad y validez de los instrumentos disponibles, sino que también hasta cierto grado por sus preferencias personales y experiencias específicas de entrenamiento. Existe la posibilidad de que un psicólogo clínico jamás emplee una determinada prueba por la simple

razón de que no fue incluida en su programa de entrenamiento clínico. De una manera semejante, algunos clínicos emplean un determinado conjunto de técnicas de evaluación por la exclusiva razón de que uno o más de sus profesores en el postgrado estaban muy entusiasmados acerca de su uso. Aquellos clínicos que consideran que ciertas tácticas de medición son aburridas y poco recompensantes probablemente persiguen las respuestas a sus preguntas de evaluación a través de otros procedimientos que para ellos son más cómodos.

Además, la estrategia de evaluación del clínico también se determina por lo que la teoría de información electrónica ha llamado el problema de "fidelidad-amplitud de banda" (Shanon y Weaver, 1949). Así como una mayor amplitud de banda se asocia con una fidelidad menor, cuanto más *extensamente* se explora la conducta de un cliente, se vuelve menos *intensivo* cada aspecto de esa exploración (Cronbach y Gleser, 1965). En una entrevista, por ejemplo, el clínico fácilmente podría ocupar tres horas en el intento de cubrir un esquema extenso, pero el resultado probablemente sería una información relativamente superficial acerca de una gran amplitud de temas. También funciona de manera inversa. El entrevistador podría emplear las mismas tres horas para explorar la relación del cliente con sus padres y amistades. Al terminar la entrevista, se dispondría de mucha información detallada acerca de una parte de la vida del cliente, pero puede faltar información acerca de otras partes. Cronbach y Gleser (1965) se refirieron a la *extensión* de un instrumento de evaluación como su *amplitud de banda* y a la *intensidad* o su calidad de completo como su *fidelidad.* En sus términos, si se incrementa la amplitud de banda de la estrategia de evaluación le acompañará un decremento en la fidelidad, mientras que el aumento en la fidelidad reduce la amplitud de banda.

Una parte significativa del problema de la planeación de evaluación del clínico es la selección de un paquete de mediciones que permiten que tanto la amplitud de banda como la fidelidad sean lo más altas posibles. La cantidad de tiempo y otros recursos con los que se cuentan, así como el propósito de la actividad de evaluación orientan a su vez la selección. Las metas tienen un impacto tremendo sobre la planeación de la evaluación, ya que las preguntas, niveles de indagación y técnicas pertinentes para el problema de, digamos, la selección de ejecutivos de IBM serían sustancialmente diferentes de aquellos relacionados con el descubrimiento de un daño cerebral en un niño de 4 años o el establecimiento de la naturaleza de la ansiedad de un cliente antes de iniciar la terapia. Por consiguiente, los diferentes tipos de metas de evaluación merecen alguna atención.

Las metas de la evaluación clínica Debido a las combinaciones variantes de los clientes, a los ambientes y problemas con los que trabajan los clínicos, las intenciones específicas de la evaluación pueden ser bastante heterogéneas, pero casi todas pueden situarse en tres categorías generales que hasta cierto punto se traslapan: *clasificación, descripción* y *predicción.* Se puede perseguir cada una de estas metas ya sea en relación al trabajo clínico con una sola persona o como parte de un proyecto de investigación en el que se evalúa grandes grupos de sujetos.

Clasificación En el capítulo 2 se vio cómo después que los psicólogos clínicos co-

menzaron a trabajar con clientes adultos, se sometieron a la poderosa influencia y supervisión del personal médico, en especial de los psiquiatras. Esto quiere decir que las habilidades de evaluación y las actividades de los psicólogos clínicos se emplearon a menudo con el fin de lograr la meta orientada psiquiátricamente de realizar una clasificación psiquiátrica.[2]

Se consideraba que la designación de un paciente psiquiátrico a la categoría apropiada del sistema diagnóstico de clasificación del American Psychiatric Association (por ejemplo, "neurótico", "psicótico", "retrasado mental") era tan importante como el diagnóstico adecuado de una enfermedad física debido a que éste "aseguraría el manejo y tratamiento apropiados del individuo infermo y perturbado" (Harrower, 1965b, p. 381).

La preocupación de los clínicos por la evaluación, cuyo propósito se dirigía hacia la clasificación diagnóstica, se hacía evidente durante los fines de la década de 1930 y principios de 1940 no sólo en su trabajo diario con los clientes individuales sino también en el tipo de investigación que dirigían. Durante este periodo, se planeó una gran cantidad de estudios cuyo propósito era relacionar determinados tipos de respuestas con instrumentos tales como la prueba de manchas de tinta de Rorschach con la pertenencia de las personas a distintas categorías psiquiátricas. Muchos psicólogos clínicos no estaban totalmente conformes con esta búsqueda de indicadores específicos (denominados "signos patognómicos") de las condiciones diagnósticas, debido a que consideraban que esto simplificaba de manera exagerada la utilización de los datos de evaluación de diferentes formas que podrían dar por resultado equivocaciones (por ejemplo, Klopfer y Kelley, 1942). No obstante, la meta de la clasificación diagnóstica siguió siendo prominente en la investigación y práctica clínica durante la década de 1940 y aún continúa formando parte del motivo por el cual algunos clínicos realizan mediciones hoy en día, en especial si trabajan en ambientes psiquiátricos u otros de orientación médica. Peterson (1968a, p. 32) describió la situación de la siguiente manera:

> "La verdadera razón por la cual muchos clínicos dirigen exámenes psicológicos es que alguien espera que lo hagan. Con mucha frecuencia, administran Rorschachs y los interpretan, codifican los MMPI, y preparan informes sólo porque se espera que lo hagan para una conferencia programada del cuerpo de médicos del hospital donde saben que se les preguntará "cómo se ven los aspectos psicológicos", y temen caer en un silencio desconcertante si no tienen comentarios que hacer. Se considera que se debe incluir el diagnóstico en el expediente, y debido a que alguien que esté encargado puede pedirle su opinión, él (psicólogo) se siente obligado a tener una a la mano, con algunos tipos de. . . datos que lo apoyen.

Descripción A medida que la Psicología clínica comenzó a desarrollar una identidad profesional y de investigación durante la postguerra, y se hizo cada vez más independiente de la psiquiatría, comenzaron a aparecer algunos cambios en las metas de la evaluación clínica. Los clínicos cada vez más pensaron que era de mal gusto la administración, calificación e interpretación indiscriminada de una cantidad

[2] También existe el psicodiagnóstico, el diagnóstico diferencial, o las etiquetas diagnósticas.

reducida de pruebas psicológicas populares con el propósito de obtener un diagnóstico, y se interesaron en la realización de evaluaciones más amplias que podrían producir una comprensión más completa y una *descripción* más elaborada del cliente (véase, por ejemplo, Thorne, 1948; Watson, 1951)[3].

El deseo de trascender la actividad diagnóstica para buscar un panorama más amplio se basó parcialmente en la autoconfianza del psicólogo clínico que comenzaba a retoñar, pero también se debió a la convicción de que no se puede comprender realmente a las personas sólo con hacer referencia a una entrevista corta o una prueba Rorschach. Se hizo obvia la necesidad de más información acerca de las personas si se deseaba alcanzar una comprensión adecuada. Además, el interés en el contenido del comportamiento se amplió debido a la preocupación por su *contexto* social, cultural y físico. Como resultado, los psicólogos clínicos se movieron en dirección a una evaluación cuyo propósito era describir las *interacciones de ¡apersona con el ambiente.* Este movimiento obtuvo una gran parte de su ímpetu desde las décadas de 1930 y 1940 a partir del pionero trabajo clínico y de investigación de Henry Murray en el Harvard Psychological Clinic y de David Rapaport en la Menninger Clinic. Estos hombres y sus colegas desarrollaron unas baterías extensas de entrevistas, pruebas y observaciones elaboradas especialmente con el fin de evaluar comprensivamente a las personas "normales" así como a las que tenían problemas psicológicos (Murray, 1938; Rapaport, Gilí y Schafer, 1945,1946) y también para considerar el contexto situacional externo de la conducta así como sus determinantes internos (Wiggins, 1973).

Debido a los resultados inquietantes de la investigación que se llevó a cabo en la década de 1950 sobre la confiabilidad y validez del sistema tradicional de clasificación diagnóstica de la American Psychiatric Association, la preferencia por la descripción en la clasificación como meta de las actividades de evaluación ha aumentado enormemente.[4] Muchos de estos estudios provocaron dudas serias acerca de la precisión y significado de la actividad de, exclusivamente, adjudicar etiquetas diagnósticas a los pacientes y además sugirieron que de cualquier forma la etiqueta a menudo tenía un mínimo efecto sobre la forma cómo sería tratado el paciente en última instancia (véase, por ejemplo, Ash, 1949; Dailey, 1953; Little y Sehmidt, 1959; Schidt y Fonda, 1956; Ullman y Hunrichs, 1958). Además, la aceptación del modelo médico/psicodinámico en que se basaba la actividad diagnóstica comenzó a debilitarse a medida que, en la década de 1960, los modelos fenomenológicos y de aprendizaje social cobraron fuerza y que el estigma social asociado con la etiqueta diagnóstica se reconoció más claramente (Goffman, 1961; Laing, 1967; Scheff, 1966; Szasz, 1960; Ullman y Krasner, 1969).

[3]Los psicólogos clínicos de ninguna forma se encontraban solos en su reconocimiento acerca de que las etiquetas diagnósticas tenían un valor limitado. Se informa que Adolf Meyer, uno de los psiquiatras norteamericanos más eminentes del siglo veinte comentó: "Comprendemos este caso; no requerimos diagnósticos" (Watson, 1951, p. 22).

[4]Este sistema ha tomado diferentes formas a través de los años. Desde 1968 se ha representado por medio del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II; American Psychiatric Association, 1968), que pronto será sustituido por una versión actualizada (DSM-III).

Todo lo anterior significa que, aunque todavía se efectúa la actividad diagnóstica tradicional, la descripción psicológica más amplia (o "elaboración de imagen") es una meta de evaluación más popular hoy en día.[5] De una manera interesante, el crecimiento de la evaluación descriptiva ha instigado a muchos clínicos a "comenzar de nuevo" y abordar la tarea de clasificar a las personas y sus problemas de una forma nueva y, sobre todo, sin los términos psiquiátricos tradicionales. Como resultado se han obtenido proposiciones de sistemas de clasificación cuyo objetivo es la descripción y no la rotulación. En lugar de sólo llamar a la gente "esquizofrénica" o "depresiva-maniaca" o "neurótica" a partir de mediciones dirigidas a los problemas de una manera bastante limitada, los clínicos actualmente pueden asignar a los individuos categorías más descriptivas con base en la evaluación extensa de varios factores tales como la motivación, las funciones intrapsíquicas, la disposición para la terapia, los patrones de respuestas a las pruebas, la capacidad para la salud mental, la facilidad con la que pueden ser condicionados, la experiencia subjetiva, los patrones en las relaciones con los demás, necesidades, relaciones funcionales entre la conducta y el ambiente, excesos y deficiencias conductuales y otros factores. (Véase Adams, Doster y Calhoun, 1977; Begelman, 1976; Borofsky, 1974; Ferster, 1965; Goldfried y Davison, 1976 ; Harrower, 1965b; Mahrer, 1970; y Tyron, 1976 para obtener ejemplos específicos de los sistemas psicológicos de clasificación que representan los puntos de vista psicodinámico, fenomenológico y del aprendizaje social.)

Además de evitar muchas de las dificultades inherentes a la clasificación psiquiátrica tradicional, la evaluación con una orientación basada en la descripción facilita más la tarea del clínico para prestar atención a las ventajas, cualidades y funciones adaptativas del cliente así como a sus debilidades, tareas y problemas. Los datos de evaluación descriptivos se emplean comúnmente con el fin de obtener una medición anterior al tratamiento o de "línea base" de la conducta del cliente, para guiar la planeación del tratamiento, para evaluar los cambios en la conducta problemática (y no problemática) que produce el tratamiento, y para muchos otros objetivos clínicos particulares.

Asimismo, las evaluaciones con una orientación basada en la descripción son muy valiosas e importantes para la realización de investigaciones sobre la Psicología clínica, la personalidad y los desórdenes conductuales. Por ejemplo, en una investigación extensa que emplee una muestra poblacional grande sobre el valor relativo de dos tipos de tratamiento psicológico para la depresión, las evaluaciones que describen las conductas del cliente después del tratamiento (por ejemplo, ausentismo del trabajo, tiempo que pasa solo, autorreportes de tristeza, puntajes en las pruebas de depresión, y otros factores semejantes) tendrían un va-

[5]En uno de los estudios sobre este aspecto, Dollin y Reznikoff (1966) encontraron que entre las referencias para que los psicólogos clínicos evaluaran a determinados clientes, el 64 por ciento de las veces se les pedía en 1956 que incluyeran una etiqueta diagnóstica, pero en 1966 solamente el 29 por ciento hacía esta petición. A propósito, es interesante notar que, a pesar de que no está implicada la formulación de etiquetas diagnósticas específicas en la evaluación descriptiva, algunos tradidonalistas aún lo llaman "diagnóstico" (por ejemplo, Arbuckle, 1965; Garfidd, 1974; Thorne, 1972; Tryon, 1976).

lor mayor que aquéllas que se traducen en una etiqueta (por ejemplo, "depresivo" versus "no depresivo").

La evaluación que se dirige a la descripción también se emplea en la investigación sobre el desarrollo de nuevos instrumentos de medición. A menudo se determina el valor de una técnica especializada para la entrevista, una prueba innovadora, o un procedimiento nuevo para la observación, cruzando los hallazgos que se obtengan de sus efectos en comparación con los resultados de los instrumentos descriptivos más establecidos.

Predicción La tercera meta importante de la evaluación clínica es la realización de determinadas predicciones acerca de la conducta humana. ¿Es probable que el cliente X intente suicidarse? ¿El cliente Y hará daño a otras personas si se le da de alta de una institución? ¿Puede el cliente Z conservar un empleo y vivir de manera independiente en la comunidad? Preguntas como éstas forman parte de la prueba más seria de la evaluación clínica, tanto debido a que la predicción precisa de lo que hará un individuo es una tarea sumamente difícil como a que las consecuencias de un error a menudo son desastrosas social y personalmente. Muchas personas enojadas dicen que harán daño a sus jefes, parientes y otras personas, pero sólo unos pocos realmente llevan a cabo sus amenazas. (¿Quién no ha dicho cosas tales como "Mataré a mi compañero de cuarto si no tiene su cama recogida cuando yo regrese"?)

Es obvio que sería muy deseable evaluar a una persona y poder determinar si es simplemente un hablador furioso o un asesino futuro. La evaluación que se dirige a la predicción puede implicar (1) una búsqueda de señales o patrones de respuestas suicidas o agresivas en una prueba psicológica estandarizada, (2) una evaluación más extensa a partir de una variedad más amplia de fuentes de datos (Neuringer, 1974; Rosen, 1954) o (3) el desarrollo de instrumentos especiales de evaluación elaborados con el expreso propósito de formular predicciones acerca de eventos bastante poco frecuentes tales como el suicidio (Cohén, Motto y Seiden, 1966; Litman y Farberow, 1961).

La evaluación también se puede enfocar sobre otros tipos de predicciones menos dramáticas y que implican la estimación de la calidad de la ejecución. En este caso, el clínico (o el psicólogo industrial) tiene el interés de seleccionar dentro de un grupo grande a aquellos individuos que cumplirán con algunas normas de ejecución futura. Los instrumentos como el "Scholastic Aptitude Test (SAT)", el "American College Test (ACT)", y el "Gradúate Record Examination (GRE)" proporcionan ejemplos familiares (en las universidades de los Estados Unidos) de la evaluación predictiva que conduce a la selección. Se han adoptado apoximaciones similares en las empresas, la industria y el ejército para la selección de obreros, ejecutivos y especialistas tales como pilotos y personal para submarinos.

El mayor traslapamiento entre las metas de descripción y predicción de la evaluación se presenta en las actividades de selección. Frecuentemente, los datos descriptivos de evaluación constituyen parte de la base informativa que se emplea para realizar las selecciones. Un ejemplo clásico de lo anterior fue la aplicación que Henry Murray hizo de su enfoque de evaluación descriptiva (una combinación de pruebas, entrevistas y observaciones especializadas) con el objeto de seleccionar a

individuos que trabajaran como espías, saboteadores y otros "puestos" "detrás de las lineas de los enemigos" durante la Segunda Guerra Mundial ("Office of Strategic Services", 1948). Junto con un equipo de otros psicólogos, Murray estableció un programa comprensivo de evaluación que ocupaba de uno a tres días completos para que cada hombre lo acabara y que medía un número de factores, desde la inteligencia y la tolerancia a la tensión ("stress") hasta la habilidad para planear un asesinato (véase el Capítulo 7).

Esta meta híbrida de la evaluación, es decir, "la descripción tanto para la predicción como para la selección", aún se observa en una variedad de programas de selección a gran escala durante la postguerra. Algunos de estos programas se centraron en la mejoría de la selección de candidatos para trabajos civiles y militares (por ejemplo, el Institute of Personality Assessment and Research, 1970) o para el entrenamiento especializado en la Psicología clínica y Psiquiatría (por ejemplo, Holt y Luborsky, 1958: Kelly y Fiské, 1951), pero quizá el descendiente mejor conocido de esta aproximación fue el programa elaborado para la selección de los voluntarios de los Cuerpos de Paz ("Peace Corps") (Colmen, Kaplan y Boulger, 1964). Debido a que este tipo de programas de evaluación a menudo ejercen una influencia sobre decisiones sociales importantes que afectan a un gran número de personas, no sólo se debe evaluar su validez psicométrica (es decir, con qué acierto los datos de evaluación predicen algún criterio de ejecución), sino también su impacto general sobre las personas que se evalúan y su influencia sobre los negocios, la industria, las universidades u otras organizaciones en donde se emplean. Debe haber un gran interés en (1) el número exacto de decisiones (selecciones) correctas ocasionado por determinados procedimientos de evaluación, (2) el costo de las decisiones correctas en términos del dinero, tiempo y esfuerzo que implican, y (3) los costos personales y de otros tipos de los errores en la selección (es decir, escoger candidatos inapropiados y rechazar a los apropiados). Para abordar los temas anteriores se han desarrollado teorías, modelos y procedimientos complejos y detallados sobre la toma de este tipo de decisiones (véase Cronbach y Gleser, 1965; y Wiggins, 1973).

La meta de la predicción pertenece a una variedad amplia de actividades de evaluación clínicas y cuasiclínicas y, como se verá posteriormente, ha estimulado un conjunto enorme de investigaciones sobre la evaluación, el análisis y la superación de los pronósticos que realizan los clínicos acerca de las personas.

Guía para el estudio de caso Independientemente de la forma en que se llevó a cabo, la elección última que haga el clínico de determinadas preguntas y niveles de indagación le proporcionan las dimensiones de manejo y un bosquejo de las posibilidades de la tarea de evaluación. De una manera ideal, este bosquejo será (1) lo suficientemente amplio como para proporcionar una imagen general del cliente, por lo menos a través de una muestra de información para cada urto de los niveles que se listan en la Tabla 4-1 y (2) lo suficientemente dirigida como para permitir una exploración detallada de los niveles y preguntas que en especial sean pertinentes para el propósito particular de la evaluación.

A menudo, las elecciones de evaluación y planeación del clínico producen un esquema conceptual que se traduce en forma escrita en una *guía para el estudio de caso*. La idea de emplear tal esquema en la psicología proviene de la medicina y psiquiatría (Bolgar, 1965), pero la mayoría de los clínicos la han adoptado como un medio para organizar la información, sin que esto implique que están a favor de un modelo médico o dinámico. Un factor principal para la amplia aceptación del enfoque del estudio de caso es su flexibilidad. Los esquemas de los estudios de caso se pueden ligar de una manera clara con las suposiciones de un modelo teórico, o se pueden dejar flexibles y eclécticos, de tal forma que permiten que el practicante los emplee en su propio estilo. Algunos ejemplos es de los esquemas cuyo empleo como guías de evaluación se ha sugerido esclarecerán lo anterior.

Probablemente el ejemplo de un esquema de estudio de caso más comprensivo y teóricamente neutro es el que compusieron Sundberg, Tyler y Taplin (1973). Fue elaborado para la recopilación de los datos por medio de determinados procedimientos de entrevistas con adultos, pero se puede observar con facilidad que gran parte de la información que esboza puede interesar en el caso de niños y se podría obtener a través de los documentos históricos, las pruebas y también por las observaciones. En el Cuadro 4-1 se ofrece un resumen de los encabezados de su esquema.

Sin embargo, aunque el esquema en consideración tiene una suficiente orientación hacia los problemas como para que resulte útil en los ambientes donde las personas buscan ayuda psicológica, también le permite al evaluador permanecer en contacto con los aspectos más amplios y generales de la vida del cliente. Shaffer y Lazarus (1956) y Watson (1951) habían sugerido bosquejos de este tipo, aunque no tan completos.

Korchin (1976) proporciona otro esquema para el estudio de caso muy detallado pero con una orientación psicodinámica. En el Cuadro 4-2 se presenta un resumen de sus encabezados. La influencia psicodinámica es muy poderosa en este esquema en contraste con el bosquejo de Sundberg, Tyler y Taplin (1973). Korchin

Cuadro 4-1 Esquema para el estudio de un caso de Sundberg, Tyler y Taplin

A Datos de identificación (nombre, domicilio, ocupación, estado civil, etc.)
B Motivo del estudio
C Situaciones actuales
D Constelación familiar (familia de orientación)
E Recuerdos tempranos
F Nacimiento y desarrollo
G Salud
H Educación y entrenamiento
I Historia laboral
J Recreación, intereses
K Desarrollo sexual
L Datos matrimoniales y familiares
M Autodescripción del cliente
N Elecciones y puntos de transición en la vida del cliente
O Cualquier información adicional que el cliente desee añadir

Cuadro 4-2 Esquema para el estudio de un caso de Kerchin

I Posición actual
- **A** Adaptación en las situaciones vitales (actividades principales en la vida del paciente y su nivel de funcionamiento)
- **B** Conductas sintomáticas
- **C** Motivación del cliente para el tratamiento clínico y sus preconcepciones acerca de la salud mental (es decir, ¿cuáles son las metas y expectativas del cliente?)
- **D** Apariencia y conducta del paciente en la clínica

II Personalidad manifiesta
- **A** Aspectos biológicos (por ejemplo, estado de salud, historia médica, tipo sanguíneo, apariencia física)
- **B** Temperamento (nivel de energía del paciente, propiedad y características emocionales, características de los gestos)
- **C** Rasgos manifiestos de la personalidad (autodescripción del paciente y descripciones que hacen de él otras personas)
- **D** Conducta interpersonal (relaciones primarias, "valor de estímulo" para los demás, cantidad y tipo de amistades, etc.)

III Dinámica y estructura de la personalidad
- **A** Motivos y afectos
- **B** Principios morales, valores y actividades sociales
- **C** Funciones del ego e identidad

IV Determinantes sociales y situación vital actual
- **A** Pertenencia a los grupos y sus funciones ("roles") (¿a qué grupos pertenece y qué funciones sociales principales desempeña el cliente?)
- **B** Familia
- **C** Educación y trabajo
- **D** Ecología social

V Tensiones o estimulaciones ("stresses") principales y potencial para su tolerancia
- **A** Naturaleza y origen de las tensiones vitales (por ejemplo, familia, ocupación)

VI Desarrollo de la personalidad
- **A** ¿Cómo se desarrolló la personalidad del cliente?

(1976): (1) se refiere a la persona que se evalúa como "paciente" en lugar de "cliente", (2) incluye preguntas acerca de los motivos, sentimientos, impulsos y fantasías inconscientes, (3) explora las funciones, la identificación y las "tareas" de desarrollo del ego, y (4) persigue la evaluación de la "dinámica y estructura de la personalidad". Un esquema menos detallado pero con una orientación psicodinámica aún más fuerte es la que ha presentado Saúl (1957).

Los representantes de la aproximación del aprendizaje social a la Psicología clínica también han adoptado los formatos o esquemas del estudio de caso; el más completo y el que ha ejercido mayor influencia es el de Kanfer y Saslow (1969). El Cuadro 4-3 contiene un resumen de sus puntos principales.

Posteriormente, se hará una revisión de las características específicas del enfoque del aprendizaje social a la evaluación. Por ahora, nótese que el esquema de Kanfer y Saslow difiere en dos aspectos importantes de los que se acaban de presentar. En primer lugar, se centra en el *análisis* intensivo de la relación entre el ambiente del cliente y los aspectos problemáticos y no problemáticos del comporta-

Cuadro 4-3 Esquema para el estudio de un caso de Kanfer y Saslow

I Análisis inicial de la situación problemática
- **A** Excesos conductuales
- **B** Deficiencias conductuales
- **C** Cualidades conductuales

II Clasificación de la situación problemática
- **A** ¿Las conductas problemáticas se deben asignar a la categoría IA o IB?
- **B** Personas o grupos que critican o apoyan estas conductas
- **C** Consecuencias del problema para el cliente o para otras personas significativas
- **D** Condiciones en que ocurren las conductas problemáticas
- **E** Consecuencias de no haber cambio en las conductas problemáticas
- **F** Naturaleza de algunos problemas nuevos que podrían aparecer si se eliminaran los problemas
- **G** Además del cliente, otras fuentes de información

III Análisis motivacional
- **A** Jerarquización del cliente de diversos incentivos o eventos reforzantes en términos de importancia
- **B** Frecuencia del acceso a varios reforzadores
- **C** Condiciones particulares en que los reforzadores estimulan conductas dirigidas hacia metas D ¿Las acciones dirigidas hacia el logro de las metas corresponden a las afirmaciones verbales?
- **E** Las personas o los grupos que ejercen el control más efectivo y generalizado sobre el comportamiento actual
- **F** Grado hasta el cual el paciente relaciona el logro de los reforzadores a la suerte versus su propia conducta
- **G** Estímulos adversos principales
- **H** Eventos reforzantes que se pueden utilizar para facilitar la eliminación de las conductas problemáticas

IV Análisis del desarrollo
- **A** Cambios biológicos
- **B** Cambios sociológicos
- **C** Cambios conductuales

V Análisis del autocontrol
- **A** En las situaciones en las que el paciente puede controlar las conductas problemáticas, ¿cómo logra el control?
- **B** Consecuencias aversivas previas de las conductas problemáticas (por ejemplo, encarcelamiento, aislamiento social) y sus efectos sobre el autocontrol
- **C** Grado hasta el cual el paciente evita las situaciones que conducen a las conductas problemáticas
- **D** Correspondencia entre el grado de autocontrol verbalizado por el paciente y la observación de otras personas
- **E** Condiciones, personas, o reforzadores que tienden a alterar el autocontrol
- **F** Grado hasta el cual la conducta autocontroladora se puede emplear en el tratamiento

VI Análisis de las relaciones sociales
- **A** Las personas más significativas en el ambiente del paciente
- **B** Naturaleza de los reforzadores que son importantes en las relaciones sociales del paciente
- **C** Las expectativas del paciente de las expresiones y acciones de los demás
- **D** Las expectativas que tienen las otras personas del paciente (¿son congruentes con las expectativas que tiene él de sí mismo?)
- **E** ¿Pueden participar en el tratamiento otras personas significativas? ¿De qué forma?

VII Análisis del ambiente físico-socio-cultural
- **A** Las normas en el medio social del paciente que se relacionan con sus conductas problemáticas
- **B** Limitaciones ambientales del acceso al reforzamiento
- **C** Aspectos del ambiente del paciente donde su conducta problemática es más manifiesta, más perturbadora, o más aceptada.
- **D** Grado hasta el cual el medio considera que los procedimientos psicológicos son apropiados para resolver los problemas

miento. Se persiguen los antecedentes, factores de mantenimiento y consecuencias particulares de la conducta. En segundo lugar, el esquema se vincula directamente con los intentos futuros del cambio en la conducta. Otros esquemas menos completos y con una orientación mayor hacia el problema han sido sugeridos por varios autores como Lazarus (1973), Pomeranz y Goldfried (1970), Craighead, Kazdin y Mahoney (1976), Peterson (1968a) y Phillips (1977).

Debido a que los psicólogos con una orientación fenomenológica le dan menos importancia a los procedimientos detallados de evaluación, no se han presentado bosquejos de estudios de caso que reflejen de una manera particular el modelo fenomenológico de la psicología clínica.

Recopilación de los datos para la evaluación

Hasta este momento se han estudiado las maneras cómo los clínicos responden a la primera pregunta principal de evaluación que indicó McReynolds (1975): "¿Qué es lo que deseamos conocer?" El siguiente paso consistirá en examinar la variedad de respuestas a su segunda pregunta: "¿De qué forma lograremos obtener esa información?"

Fuente para los datos de evaluación Se ha estudiado que los psicólogos clínicos obtienen sus datos de evaluación a partir de cuatro fuentes generales: entrevistas, pruebas, observaciones y documentos históricos. En esta sección, se mencionarán de manera breve algunas de las caracteríasticas que definen estas fuentes de información clínica y, además, se tomará nota de algunos de los problemas y limitaciones de los datos que provienen de cada uno. El propósito de presentar estos bosquejos concisos es ofrecer una reseña de las descripciones y evaluaciones más detalladas de las entrevistas, pruebas y observaciones que se incluyen en los siguientes tres capítulos.

Las entrevistas Kelly (1958, p. 330) caracterizó en forma concisa una aproximación directa a la evaluación de la siguiente manera: "Si no sabes lo que está ocurriendo en la mente de una persona, pregúntale; quizá te lo diga." Este punto tan sencillo sería igual de pertinente si se ampliara a la siguiente afirmación: "Si deseas saber algo acerca de una persona, pregunta", y constituye la base del motivo por el cual la entrevista es la fuente principal de datos y la que más se emplea en los ambientes clínicos y no clínicos. La entrevista tiene mucha popularidad y penetración por otras razones también. En primer lugar, mientras el clínico conversa con el cliente en una situación que es semejante a la interacción social cotidiana de muchas formas, las entrevistas están proporcionando un medio bastante fácil y poco costoso para recopilar muestras simultáneas de la conducta verbal y no verbal de una persona. En segundo lugar, a menos que la entrevista se registre en grabadora o en videocinta, no se requiere equipo especial alguno y el procedimiento es muy "portátil"; se puede llevar a cabo casi en cualquier lugar. Una tercera razón es que no existe una herramienta de evaluación que sea más flexible que la entrevista. A excepción de los casos en que prevalecen limitaciones muy estructuradas con fines de investigación, el entrevistador tiene la libertad de adaptar el acento de la indagación y conversación hacia aquellos puntos y niveles particulares

que parecen ser más pertinentes e importantes, de acuerdo con su orientación teórica o preferencia personal.

Pero, ¿qué se puede decir acerca de la calidad de los datos que se recopilan a través de las entrevistas? Peterson (1968a, p. 13) comenta que "la entrevista . . . no debe ser considerada como la 'verdad' acerca del individuo y su ambiente, sino como otro tipo de datos cuya confiabilidad, validez y utilidad para la toma de decisiones deben someterse a la misma clase de escrutinio que se requiere en otros tipos de recopilación de datos". A pesar de que los autorreportes de la conducta presente y futura del cliente a menudo son extraordinariamente precisos (Hilgard, 1969; Mischel, 1968), los datos que se obtienen a partir de la entrevista no siempre son confiables y válidos (Walsh, 1967; Yarrow, Campbell y Burton, 1968). La información puede verse influida o distorsionada de diferentes formas en función de (1) las características del entrevistador y las preguntas que hace, (2) las características del cliente tales como su memoria y disposición para comunicar una información precisa, y (3) las circunstancias bajo las cuales se lleva a cabo la entrevista.

El tema de la entrevista se analizará y evaluará con mayor detalle en el capitulo 5.

Pruebas psicológicas (test) De manera semejante a las entrevistas, las pruebas proporcionan una muestra de conducta. Sin embargo, en una prueba los estímulos a los que se le pide al cliente que responda están mucho más normalizados y son más consistentes que en el caso de la mayoría de las entrevistas. La idea básica de una prueba es exponer a cada cliente de una manera precisa a los mismos estímulos y bajo las mismas circunstancias. La aplicación de las pruebas puede ser fácil, económica y conveniente. A menudo, ni siquiera es necesaria la presencia de un profesionista. Además, la manera estandarizada como se presenta el material de una prueba ayuda a eliminar el prejuicio en el contenido y la secuencia de las indagaciones del evaluador. Las respuestas del cliente a la mayoría de las pruebas se pueden traducir a puntajes u otros índices numéricos y de esta manera los resúmenes del comportamiento de un cliente son más precisos y se les puede analizar matemáticamente.[6] Por consiguiente, los datos obtenidos a partir de una o varias pruebas pueden facilitar la comunicación acerca de un determinado cliente entre los profesionistas. Por último, y quizá el aspecto más importante, los datos obtenidos a partir de una prueba permiten al clínico realizar una comparación objetiva del comportamiento de un determinado cliente con el de cientos o quizá hasta miles de otros individuos que ya hayan tomado la prueba. Frecuentemente, esto puede ser muy útil durante la fase de la evaluación que se dirige al procesamiento de los datos.

Supóngase, por ejemplo, que, en una prueba de asociación de palabras, lo primero que se le ocurre al cliente cuando escucha al evaluador pronunciar la palabra "casa" es "pantimedias". Si el evaluador jamás hubiera escuchado esta asociación anteriormente, se la podría interpretar como una respuesta muy extraña y posiblemente hasta como indicador de algún problema psicológico. Pero si el

[6] Algunos aspectos de los datos de la entrevista se pueden manejar de esta manera pero también pueden implicar procedimientos más engorrosos (por ejemplo, Dollard y Mowrer, 1953; Matarazzo, 1965).

evaluador tuviera acceso a un libro que contuviera las asociaciones de 12,000 sujetos a la palabra "casa" puede ser que la respuesta "pantimedias" sea bastante popular (por cierto, no lo es) y por lo tanto no digna de tomarse en consideración.

Todas estas ventajas, junto con el hecho de que durante muchos años el componente principal de la identidad profesional del psicólogo clínico era la *aplicación* de las pruebas, han propiciado el uso generalizado de las pruebas como aparatos de evaluación clínica. A pesar de que el apogeo de las pruebas psicológicas (desde la década de 1930 hasta la de 1950) ya pasó, las pruebas aún son un aspecto significativo de la evaluación (Lubin, Wallis y Paine, 1971; Sundberg, 1961; Wade y Baker, 1977; Wellner, 1968).

Sin embargo, las pruebas no son aparatos mágicos que siempre manifiestan la "verdad" acerca de la gente. Se les debe evaluar en términos de su confiabilidad y validez, y, como otras técnicas de evaluación, algunas veces se han visto que fallan en algunos elementos importantes. Cualquier elemento que no sea "estandarizado" en lo referente a los estímulos de una prueba, incluyendo al evaluador, el cliente, o la situación de la prueba, amenaza el valor de los datos que se obtienen. Estos temas de la evaluación, así como otros aún no esbozados, serán tratados cuando se enfoque más directamente el aspecto de las pruebas en el Capítulo 6.

Las observaciones Un proverbio conocido: "Más vale una accción que mil palabras", proporciona gran parte de la base del deseo que el clínico tiene para completar las mediciones de autorreporte, como las entrevistas y las pruebas, con la observación directa de la conducta de una persona en determinadas situaciones que le interesan. En este caso, la meta es trascender lo que *dice* el cliente y descubrir lo que la persona realmente *hace.*

Un ejemplo notable de la manera como los datos obtenidos a partir de la observación directa pueden alterar la impresión provocada por un autorreporte fue proporcionada por Wicker (1969, p. 42; véase también Dillehay, 1973).

> Durante la década de 1930 cuando, de acuerdo con los estudios de la distancia social, había un gran sentimiento antichino en los Estados Unidos, LaPiere (1934) hizo varios viajes largos en automóvil con una pareja china. Sin que sus compañeros de viaje lo supieran, tomó varios apuntes de la manera cómo trataban a los viajeros y conservó una lista de los hoteles y restaurantes donde se les había servido. Sólo en una ocasión se les negó el servicio, y LaPiere juzgó que se los trataba bien en el 40% de los restaurantes que visitaron. Posteriormente, LaPiere envió un escrito por correo a 250 hoteles y restaurantes que tenía en su lista, solicitándoles si aceptarían a unos huéspedes chinos. Más del 90% de los 128 propietarios que respondieron indicaron que no darían servicio a chinos, a pesar de que de hecho todos ellos habían recibido a los compañeros de LaPiere.

En el caso citado, los datos de autoinforme (donde las personas indican verbalmente lo que hacen o harían) y los de las observaciones proporcionan perspectivas radicalmente diferentes del tema del prejuicio antichino, y se podría discutir acerca de que las observaciones son más precisas que los autorreportes. De hecho, muchos consideran que las observaciones son la forma más válida para conducir la evaluación clínica. Esto se debe a que, en primer lugar, parece que son muy *di-*

rectas y que pueden evitar muchos de los problemas relacionados con los factores de memoria, motivación, estilo de respuesta y los prejuicios acerca de la situación que tan a menudo reducen el valor de las entrevistas y pruebas. El autorreporte de un fumador acerca de que fumó cinco cigarros en un día puede verse prejuiciado (o alterado) por su habilidad para recordar, un deseo de parecer moderado, o sus actitudes hacia el evaluador. Un registro real de la frecuencia de la conducta de fumar por parte de un observador no reflejaría estos factores.

Una segunda ventaja de la evaluación por observaciones es *su pertinencia* (relación directa) con las conductas de mayor interés. La agresión de un niño, por ejemplo, se puede observar y medir realmente como ocurre en el salón de clase o patio de recreo que podrían ser los lugares donde el problema ha sido más agudo. Esto también ejemplifica un beneficio relacionado de la observación: Se evalúa la conducta en su contexto social y situacional en lugar de en términos abstractos. En un hospital mental, por ejemplo, la observación cuidadosa de un paciente interno puede delatar que sólo se le ve deprimido después de las comidas o cuando un miembro del equipo del hospital se encuentra cerca. Esta información puede ser más valiosa para el terapeuta que la respuesta afirmativa a la pregunta: "¿Algunas veces se deprime usted?"

Por último, las observaciones tienen la ventaja de que permiten la descripción y análisis de la conducta en términos muy particulares y con gran lujo de detalle. Por ejemplo, la excitación sexual de una persona se puede definir en términos del volumen del pene o flujo de la sangre vaginal; es posible medir estos dos elementos con aparatos especializados. De una manera semejante, se puede observar la "psicosis" por medio del registro de la ocurrencia y frecuencia (en el transcurso de un lapso de tiempo) de algunas conductas definidas de manera explícita tales como "golpea su propio cuerpo", "habla de manera incoherente", o "besa el depósito de agua".

A pesar de sus múltiples ventajas, la evaluación por medio de observaciones tampoco carece de problemas. Hasta qué punto alguien puede apoyarse con seguridad en la información que provenga de esta fuente ya que puede variar de manera considerable, debido a que la confiabilidad y validez de los datos que se derivan de las observaciones pueden verse amenazadas por posibles errores y prejuicios del observador, la influencia inadvertida del observador sobre la conducta que se observa, algunos factores particulares de la situación y otros elementos parecidos. Se estudiarán problemas en el Capítulo 7.

Los documentos históricos A medida que transcurre su vida, una persona va acumulando una serie de testimonios acerca de su existencia y comportamiento en diferentes formas, que incluyen registro académico, recomendaciones para obtener crédito, expedientes de trabajo, cartas, documentos penales, fotografías, premios y trofeos, expedientes médicos, comprobantes del pago de impuestos, diarios y productos creativos tales como pintura o esculturas. Se puede aprender una gran cantidad de cosas acerca de una persona mediante un análisis cuidadoso de estos documentos históricos, y, debido a que esta aproximación a la evaluación no requiere que el cliente manifieste alguna conducta *nueva* (como lo requieren las entrevistas, pruebas y observaciones), realmente es imposible que los

datos que se obtengan se vean distorsionados por medio de la memoria, motivación, estilo de respuesta u otros factores situacionales. Por lo tanto, una revisión de diez minutos de los certificados de primaria, secundaria, bachillerato y universidad de una persona pueden proporcionar una información de la historia académica de una persona mucho más precisa, detallada y cuidadosa que una conversación que ocupe 30 minutos de una entrevista en respuesta a tales preguntas como: "¿Cómo te iba en la escuela?" De manera semejante, la lectura de las partes de un diario o correspondencia escrita por el cliente durante periodos importantes de su vida puede delatar sus sentimientos, ideas, conductas y detalles de situaciones particulares en el momento en que ocurrieron que de otra forma se podrían perder en el reacomodo posterior de otros acontecimientos que hayan ocurrido en su vida o se podrían distorsionar por medio de los errores del recuerdo.

Los documentos históricos objetivos y subjetivos también son atractivos debido a que proporcionan un medio poco costoso para que el clínico amplíe la imagen que se forme del cliente para su "trabajo terapéutico". Un conjunto de este tipo de documentos a menudo puede dar de una manera sintetizada gran cantidad de información acerca de la conducta manifiesta y encubierta de una persona a través de un periodo prolongado y una amplia variedad de situaciones. En cierta forma, los documentos históricos funcionan como un lente fotográfico gran angular al traer a la vista muchos aspectos que de otra manera se podrían pasar por alto.

Los lentes fotográficos gran angular casi siempre producen cierta cantidad de distorsión, y los documentos también pueden tener el mismo efecto. Por ejemplo, los documentos históricos pueden proporcionar una información superficial. El conocimiento acerca de que una persona no tiene buenas recomendaciones para obtener crédito indica que ella no ha cumplido con ciertas obligaciones financieras, pero no señala los motivos. Los documentos pueden demostrar que una persona se divorció a la edad de 18 años, pero no informa acerca de los sentimientos que tuvo la persona cuando ocurrió esto. Por lo tanto, los documentos pueden resultar valiosos, pero no son muy completos. Se abordarán las deficiencias de este tipo que los documentos históricos tienen en el Capítulo 7.

Valor del empleo de varias fuentes de evaluación Los psicólogos clínicos pocas veces se apoyan en una sola fuente de datos de evaluación para obtener la imagen que se forme del cliente para su "trabajo terapéutico". Aunque esto sólo es parcialmente cierto debido a que dentro de cada una de las cuatro fuentes de evaluación que se han descrito en realidad se dispone de una multiplicidad de diferentes datos. Es casi imposible dejar de observar la conducta de una persona en el transcurso de una entrevista o sesión de prueba y algunos datos de la entrevista propiamente dichos pueden provenir de las respuestas del cliente a ciertas pruebas. De una manera semejante, los documentos históricos tales como las calificaciones académicas o apuntes clínicos de caso por lo general reflejan el rendimiento que demuestra el cliente en las pruebas o preguntas de la entrevista.

Ya sea que se utilice una sola fuente de evaluación multifacética o se recopilen datos a partir de varias fuentes, la existencia de varios canales de evaluación le proporcionan algunas ventajas singulares al clínico. En primer lugar, las mentiras

o las distorsiones en los relatos de los hechos que sean obvios se pueden revisar al comparar la información obtenida por medio de las diversas fuentes. Cuando un paciente internado en un hospital mental le dice a un entrevistador que ha estado hospitalizado desde "hace aproximadamente seis meses", el entrevistador puede descubrir una realidad bastante diferente (por ejemplo, 20 años) al consultar los expedientes del hospital.

También se puede dar el caso de que no se tenga una idea clara acerca de la historia completa de los problemas o características del cliente hasta que se haya realizado una evaluación de múltiples fuentes. Por ejemplo, Geer (1965) encontró que varios hombres que declararon que tenían un gran temor a los perros en un autorreporte en realidad podían acariciar a un perro durante una prueba observacional de ejecución. De manera semejante, Nietzel y Bernstein (1976) demostraron que algunos estudiantes universitarios que se reportaron como individuos que no eran autoafirmativos (directos o expresivos) en situaciones sociales de hecho al observárseles respondían de una manera muy autoafirmativa. En este tipo de casos, la evaluación múltiple permite hacer una distinción entre las personas que *no pueden* llevar a cabo ciertas conductas (digamos, debido a una falta de habilidad) y aquéllas que aunque pueden, *no* las llevan a cabo (quizá debido a los afectos inhibitorios de la ansiedad).

Otra ventaja de la evaluación múltiple ocurre cuando el clínico está interesado en analizar los efectos de una forma particular de intervención psicológica. Supóngase que una pareja casada acude a terapia debido a que se sienten infelices con su matrimonio y están planeando divorciarse. Si la única medición de la "felicidad matrimonial" que se empleara fuesen los datos obtenidos de la entrevista, el divorcio de la pareja después de tres meses de sesiones clínicas indicaría que el tratamiento empeoró el problema matrimonial. Sin embargo, otros tipos de evaluación podrían reflejar una situación diferente. Las observaciones, los informes de terceras personas y los documentos históricos (de ambientes educativos y laborales) podrían demostrar que uno o los dos ex-esposos encuentran que su divorcio realmente los ha liberado a medida de que empiezan a desarrollar sus intereses y capacidades en diferentes aspectos que anteriormente les eran inaccesibles, tales como viajar, continuar sus estudios, o cambiar de trabajo. Es posible que los clientes no le comuniquen estas satisfacciones al terapeuta durante la entrevista debido a que sienten alguna vergüenza o culpa con respecto a su divorcio, debido a que la depresión temporal o temor del futuro les parecen temas "apropiados" para la terapia, o por algún otro motivo.

Desde luego, la evaluación que provenga de diferentes fuentes puede también manifestar la situación opuesta. Después que un terapeuta le ayude a un joven a defender sus derechos, puede informar que ha logrado una gran mejoría en su autoestima, seguridad y bienestar en las situaciones sociales. Estos datos positivos derivados de la entrevista pueden ocultar el hecho de que el cliente actualmente se ha vuelto agresivo y algo ofensivo en sus relaciones con las demás personas y que, a la larga, probablemente sufrirá consecuencias negativas en sus relaciones sociales. Sin embargo, podrían evitarse los problemas sociales futuros si se detectara una conducta inadecuada a través de una serie de observaciones con fines de eva-

luación ya sea en el ambiente natural del cliente o durante varias sesiones de "role-playing" (dramatización simulada) en la oficina del clínico.

Procesamiento de los datos de la evaluación

Una vez que el clínico haya recopilado los datos de la evaluación, se enfrenta con el problema de determinar y descifrar el significado de esos datos. Si la información obtenida ha de servir para alcanzar las metas de clasificar, describir o predecir la conducta humana, se deberá interpretar y combinar esa información en su forma bruta y transformarla en hipótesis, imágenes, relaciones y conclusiones.

Por ejemplo, el conocimiento acerca de que un niño pequeño llora con cierta intensidad alta que se puede medir, durante determinados lapsos que se pueden registrar, cuando se le acuesta en su cuna cada noche, constituye un dato valioso de evaluación. Otro dato importante es la observación o informe acerca de que después que el niño continúa llorando durante ciertos periodos variables, alguien entra en el cuarto del niño para tranquilizarlo. Sin embargo, estos datos recopilados de una manera cuidadosa no tienen mucho significado en términos psicológicos hasta que no se les traduce a determinadas afirmaciones como las que se presentan en el Cuadro 4-4. A menudo esta parte sumamente crítica de la evaluación se denomina *procesamiento* de los datos. Como Levy (1968, p. 8) lo expresó (por medio del empleo de algunos conceptos prestados de la filosofía existencial): "Los acontecimientos ... no conllevan sus propias interpretaciones. Son inocentes de cualquier significado a excepción del que nosotros les imponemos."

Por lo tanto, los datos de la evaluación clínica en bruto: los documentos históricos, puntajes en las pruebas, autorreportes y observaciones están desprovistos de significado hasta que alguien los interpreta o procesa. La tarea del procesamiento es formidable debido a que, en la mayoría de los casos, implica cierto grado de *inferencia* y la inferencia requiere de un gran salto a partir de los datos conocidos hasta aquello que *supone* con base en esos datos. Por lo general, a medida que aumenta la distancia del salto entre los datos y las suposiciones, la inferencia es más susceptible de errores (Hoch, 1971).

Cuadro 4-4 Algunas afirmaciones basadas en la observación de un niño que llora y su madre.

1	El llanto cesa cuando la madre entra en la habitación y comienza de nuevo cuando ella se sale.
2	La madre se muestra muy ansiosa acerca del bienestar de su hijo.
3	Parece que la madre considera que el llanto es una situación de crisis.
4	El llanto se ve reforzado por medio de la atención de la madre.
5	La atención ciega de la madre puede ser una formación reactiva que oculta su desprecio inconsciente.
6	La ansiedad de la madre no consiste tanto en una preocupación por el hijo, como en lo que ella considera que es la forma óptima como se debe comportar una buena madre.
7	La madre exhibe varias conductas neuróticas.
8	Es probable que el niño dependa con exageración de la madre en su vida futura.

Considérese este ejemplo sencillo: Se observa a un niño pequeño sentado en el césped, que juega con una lombriz que ha salido entre las hojas del pasto. Más adelante se ve que parte la lombriz a la mitad. Sería fácil inferir a partir de este incidente que el niño fue cruel y agresivo y que quizá en el futuro manifieste unas formas de agresión más serias. Sin embargo, estas inferencias serían muy equivocadas, debido a que "lo que no pudo ver el observador. . . fue que el niño, que tenía pocos amigos, pensaba mientras cortaba la lombriz a la mitad: "¡Ahora ya tendrás con quien jugar!" (Goldfried y Sprafkin, 1974, p. 305). En este caso, hubiera sido más apreciada una afirmación inferencial más conservadora como "parece que el niño disfruta de esta actividad".

Es fácil comprobar que las inferencias muy elaboradas, en especial cuando se basan en una cantidad mínima de datos, pueden ser muy peligrosas. "Las personas que no han sido entrenadas y son descuidadas pueden efectuar grandes saltos de inferencias psicológicas y terminar en una posición muy torpe"(Hoch, 1971, p. 5). La única forma absolutamente segura para eliminar el problema del error inferencial es evitar todo tipo de inferencias, pero debido a que si se olvidaran de las inferencias también se eliminaría el significado de la mayoría de los datos de evaluación, por lo general esto no se hace. De hecho puede ser imposible que los seres humanos eviten hacer inferencias por completo, aun cuando se tratase de los estímulos más simples. Por ejemplo, el contenido real ("datos brutos") de la figura 4-2 es una serie de rectángulos cuyo tamaño, ángulo sobre la página y, desplazamiento hacia la izquierda aumenta paulatinamente a medida que uno la observa de abajo hacia arriba. Sin embargo, es difícil evitar la formulación de alguna *inferencia* mayor, como señalar que el "montón" está a punto de "derrumbarse", o que la "caja" más pequeña va a ser "aplastada".

Por consiguiente, las preguntas principales que se deben manejar con respecto al procesamiento de los datos de evaluación no incluyen la desición acerca de *si* se harán determinadas inferencias, sino que se relacionan con los *tipos* de inferencias que se harán, la manera *cómo* las formulan los clínicos, la precisión que tienen y cómo se puede minimizar el error.

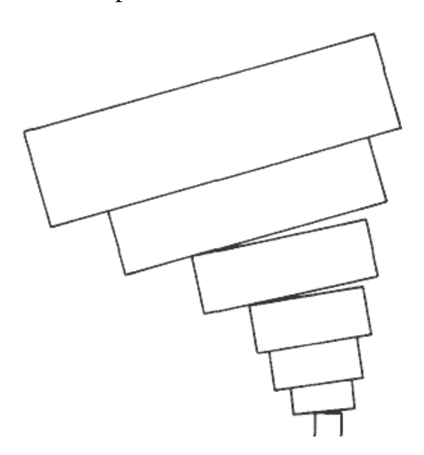


Figura 4-2 ¿Puede observar este dibujo sin hacer alguna inferencia sobre él?

Niveles y tipos de inferencia clínica Las inferencias clínicas se pueden caracterizar en términos de sus *metas, modelos* subyacentes y *niveles de abstracción.* En el Cuadro 4-4 se ejemplifica el hecho de que las inferencias reflejan las metas generales del evaluador; en el cuadro se representan la clasificación (afirmación 7), la descripción (afirmación 1) y la predicción (afirmación 8).

También hay una tendencia a que las inferencias se liguen al modelo de Psicología clínica del evaluador. Esto se debe a que, como se estudió en el Capítulo 3, los modelos ayudan al clínico a tomar una gran cantidad de datos de evaluación para seleccionar, organizar y resumirlos de una manera sistemática y significativa. Se ejemplifica este proceso en el Cuadro 4-4 por medio de las afirmaciones 4, 5 y 6, que reflejan los modelos del aprendizaje social, psicodinámico y fenomenológico, respectivamente.

Por último, el nivel de abstracción de las inferencias puede variar. El clínico puede formular inferencias precavidas y de un nivel bajo, las cuales no se alejan en gran medida de los datos originales (como en el inciso 1 del Cuadro 4-4) o puede intentar lograr afirmaciones más atrevidas y generalizadas que trasciendan los datos "brutos" disponibles, pero que se justifican y apoyan en la experiencia, entrenamiento, modelo teórico, "corazonadas" intuitivas y "sentido común" del evaluador (por ejemplo, la afirmación 5 del Cuadro 4-4).

En el nivel de inferencia más baja, por lo general se toman los datos de evaluación como si no implicaran alguna otra cosa, como cuando la calificación obtenida en una prueba o la suma de varias calificaciones determinan si un estudiante será aceptado en una especialidad de postgrado. Otro ejemplo puede ser la suposición acerca de que un niño disfruta viendo la televisión debido a que las observaciones revelan que se pasa seis horas frente al aparato televisivo. Por lo contrario, en los niveles de inferencia más altos, se expanden los datos de evaluación o se generalizan más allá de sus límites originales. Por consiguiente, se supone que el comportamiento que se revela por medio de las pruebas, entrevistas, observaciones y registros por lo general es característico de la persona y hasta se puede emplear como fundamento para la aplicación de términos generales tales como "ansioso", "deprimido", "hostil", "encantador" y otros.

En el nivel de inferencia más alto, se procesan todos los datos de evaluación disponibles con el objeto de formar una imagen completa del cliente en relación con su medio ambiente. De una manera ideal, se reconstruye "la historia completa" de la manera cómo y por qué llegó al punto en que se encuentra la persona, y los problemas y dificultades del cliente se considerarán en relación con este panorama general. Las inferencias en este nivel se aventuran lo más lejos de los datos que se recopilan originalmente, de tal forma que el clínico depende de su experiencia y en particular del modelo teórico para obtener una orientación para las afirmaciones y predicciones que realiza.

En la práctica clínica real, el tiempo y los recursos para la evaluación se encuentran demasiado limitados como para que se pueda obtener una síntesis detallada y completa de la vida de un cliente, pero de cualquier forma sí se formulan inferencias de nivel muy alto, y por lo general incluyen afirmaciones muy amplias tales como las siguientes:

> El paciente "se ha revelado a sí mismo como una personalidad dependiente de manera pasiva, completamente orientado a complacer varios sustitutos paternos. . . Creo que existe una identificación masculina desde la infancia temprana; que sus dificultades actuales tuvieron su inicio al nacer su hermano más pequeño cuando el paciente tenía siete años. (Citado por Harrower, 1965, p. 394).

> El estado de confusión y agitación en que se encontraba Morris no se aproxima a ninguna categoría diagnóstica tradicional, pero podría evocar. . . una *crisis postadolescente de identidad.* Morris se encontraba cronológicamente en. . . una etapa adulta inicial cuando sus compañeros estaban conociendo de una manera rápida la pareja con quien compartirían de por vida una intimidad para la cual él no estaba preparado. . . Los conflictos de Morris fueron típicos de esta condición: dependencia de su madre versus rechazo de ella, necesidad de ser aprobado por los demás versus temor a verse comprometido, resistencia a las limitaciones externas o impuestas y una deficiencia en restricciones morales versus la búsqueda de su propia manera de lograr el autocontrol y la moralidad, y una profunda confusión acerca del abandono de su inseguridad básica acerca de su identidad sexual (Holt, 1971, pp. 162-163).

Tres puntos de vista acerca de los datos de evaluación Independientemente de su tipo o nivel, las inferencias que se hacen a partir de los datos de la evaluación dependen principalmente de la forma cómo se perciben esos datos, es decir, lo que se cree que pueden expresar los datos. La mayoría de los clínicos tienden a concebir la información proveniente de la evaluación en tres formas: como *muestras, correlatos,* o *signos* (Goodenough, 1949; Sundberg, Tyler y Taplin, 1973). Como ejemplo considérese el siguiente fragmento de datos brutos de evaluación: "Una persona a propósito se tomó 16 pildoras somníferas antes de acostarse la noche pasada en un hotel, pero se salvó cuando una empleada la descubrió y la llevó a la sala de terapia intensiva de un hospitlal."

¿Cómo se podría considerar este acontecimiento y qué tipos de inferencias se derivarían de cada perspectiva? Si se considerara el incidente como una *muestra* de la conducta del cliente, se podrían formular las siguientes inferencias:

1 El cliente tiene acceso a una medicamentación que puede ser mortal.

2 El cliente no deseaba que alguien la salvara debido a que nadie sabía acerca del intento de suicidio antes de que ocurriera.

3 Bajo unas circunstancias semejantes, el cliente puede tratar de suicidarse de nuevo.

Nótese que cuando la conducta del cliente se considera una muestra, las inferencias que se formulan son de un nivel bastante bajo. La acción de tomarse las pastillas se percibe como un *ejemplo* de lo que es capaz de hacer el cliente bajo determinadas circunstancias. Con base en la información que se proporcionó, no se intenta inferir el *motivo* por el cual se trató de suicidar el individuo; se requeriría una mayor evaluación para poder justificar algunas afirmaciones acerca de las causas del suicidio.

Sin embargo, se puede considerar el mismo incidente como un *correlato* de otros aspectos de la vida del cliente. A pesar de que no se dispone de mayor infor-

mación acerca del cliente, el conocimiento adquirido a partir de algunos casos semejantes puede orientar la formulación del siguiente tipo de inferencias:

1 Es muy probable que el cliente sea un hombre de mediana edad, soltero o divorciado, que vive solo (este conjunto de características es común en los casos de suicidios).
2 El cliente está deprimido o recientemente se ha sentido deprimido.
3 Es posible que el cliente tenga poco o ningún apoyo efectivo de sus parientes cercanos o amistades.

Aquí, las inferencias de nivel más alto se basan en una combinación de (1) los hechos conocidos acerca de la conducta del cliente, y (2) la experiencia y conocimiento de las estadísticas relevantes, por parte del clínico, con las que correlaciona tal conducta. Estas inferencias trascienden en cierta medida los datos originales debido al apoyo de algunas relaciones demostradas empíricamente entre determinadas variables específicas tales como suicidio, la edad, el sexo y la depresión. Por lo general, cuanto más fuerte es la relación demostrada entre las variables, las inferencias son más adecuadas.

Este enfoque con una orientación en base a los correlatos, o enfoque *psicométrico*, no se encuentra ligado a alguna orientación teórica en particular. Debido a que pueden ser descritos en términos cuantitativos casi cualquier tipo de datos de evaluación (por ejemplo, puntajes de la fuerza del ego, preferencias de reforzadores, rasgos de la personalidad, percepción de los demás) pueden tratarse como correlatos.[7] Así pues, el enfoque psicométrico proporciona al procesamiento de los datos de evaluación un fuerte vínculo entre la Psicología clínica orientada hacia el individuo y una disciplina de investigación más generalizada sobre las teorías de la personalidad humana.

Finalmente, el ingerir pastillas se puede considerar un *signo* de otros aspectos, posiblemente menos obvios, del cliente. Desde esta perspectiva, el intento de autodestrucción podría señalar la presencia de varios problemas bastante particulares y muy serios. Un punto de vista orientado hacia los signos que implican los acontecimientos podría producir el siguiente tipo de inferencias:

1 Los impulsos agresivos del cliente se han volcado contra el sí mismo (self).
2 La conducta del cliente refleja varios conflictos intrapsíquicos problemáticos.
3 El ingerir pastillas representa un grito inconsciente de auxilio.

Estas afirmaciones trascienden en gran medida la información "concreta" (objetiva) en las direcciones que sugiere alguna teoría del comportamiento. En este caso, los datos de evaluación proporcionan los signos y la teoría proporciona el significado de estos signos; la relación que se sugiere entre un determinado signo

[7]Wiggins (1973, Capítulo 10) proporciona varios resúmenes valiosos de las formas cómo se ha empleado la aproximación psicométrica para procesar los datos de evaluación provenientes de las teorías de Freud, Harry Stack Sullivan, Henry Murray, George Kelly, Raymond B. Cattell y representantes del aprendizaje social tales como Skinner.

y una inferencia particular puede surgir exclusivamente a partir de la especulación teórica.

Modelos, puntos de vista y niveles En este momento el hecho de que interrelacionen los niveles de inferencia, los puntos de vista acerca de los datos de evaluación y los modelos teóricos debe ser bastante obvio. Sería muy aventurado hacer estereotipos de la naturaleza particular de estas relaciones, pero con seguridad se puede indicar que cuando la información de la evaluación se considera principalmente una *muestra* de conducta, el nivel de las inferencias es mínimo y el modelo orientador probablemente es el del aprendizaje social. Por otro lado, la conceptualización de los datos de evaluación como *signos* generalmente produce inferencias de niveles mucho más altos que a menudo emplea, de una manera informal y especulativa, el modelo psicodinámico o fenomenológico de la conducta. En medio de estos dos extremos, está el caso en que los datos de evaluación se consideran *correlatos,* las inferencias se presentan a niveles bajos o moderados, y por lo general se subraya la importancia de los análisis formales de tipo estadístico, sobre las relaciones entre las variables que son representadas por una amplia variedad de teorías.

Las características principales de los tres puntos de vista de los datos de evaluación que se han descrito, se presentan en la Tabla 4-2. La columna derecha extrema de la Tabla 4-2 demuestra que el procesamiento de los datos de evaluación se puede basar en procedimientos formales, objetivos o estadísticos o en medios informales y subjetivos. La aproximación informal por lo general implica la per-

Tabla 4-2 Tres perspectivas de los datos de evaluación

Si se consideran los datos como	Nivel de inferencia	Teoría subyacente	Fuente de los	Procedimientos típicos para el procesamiento de los datos
Señal	Alto	Psicodinámica o fenomenológica	Entevistas, pruebas, observaciones, documentos históricos	Informal; basados en juicios subjetivos de los datos de evaluación
Muestra	Bajo	Aprendizaje social	Entrevistas pruebas, observaciones, documentos históricos	Formal e informal; basados en juicios subjetivos y análisis funcional de la conducta del cliente
Correlato	Bajo a moderado	Variable	Entrevistas, pruebas, observaciones, documentos históricos	Formal; basados en el análisis estadístico de los datos de evaluación

cepción de los datos como signos, mientras que la aproximación formal por lo común considera que estos datos son correlatos.[8] Ambas opciones tienen unas raíces firmes en la historia de la Psicología clínica. El enfoque informal, subjetivo y con una gran tendencia inferencial constituye un reflejo directo de Freud y su influencia sobre el pensamiento y la actividad de los clínicos. El enfoque formal, objetivo, basado en los datos y estadístico se introdujo a la Psicología clínica a través de su vínculo con la Psicología experimental y la obra inicial de Galton, Cattell, Binet y otros pioneros de la orientación psicométrica. En la siguiente parte de este capítulo se examinarán y evaluarán las formas cómo los clínicos han intentado seguir la tradición subjetiva de Freud y la tradición objetiva de Cattell al formular sus inferencias acerca de los datos de la evaluación clínica.

Proceso de la inferencia clínica La imagen que Hollywood presenta de los psicólos clínicos (y, desde luego, de los psiquiatras) es la de personas que no sólo tienen un entrenamiento y educación especializada, sino que también utilizan primariamente la aproximación de señales, para la formulación de las inferencias clínicas. A menudo se les retrata como intérpretes astutos de signos ocultos y que a primera vista no parecen tener relación con afirmaciones claras y adecuadas acerca del pasado, presente o futuro de una persona: una especie de Sherlock Holmes de la Psicología que puede apreciar muchas cosas a partir de una información muy reducida.

Un ejemplo clásico de esta perspectiva aparece en una película de 1949 titulada *"The Dark Past"* (El pasado obscuro). En esta película, un asesino al que se llamaba "Perro Furioso" (William Holden) y una banda de prófugos de la prisión secuestran a un psicólogo, su familia y amigos en una cabana apartada. El psicólogo (Lee J. Cobb) salva su vida provocando a Perro Furioso a hablar sobre su vida y sus sueños y al observar que una de las manos del malhechor está paralizada. A partir de estos datos limitados, la teoría psicoanalítica orienta a Cobb a emitir la conclusión correcta: cuando niño, Perro Furioso fue el responsable de la muerte de su detestable padre, y actualmente su mano inválida y sus conductas asesinas son los síntomas de su conflicto inconsciente acerca del acontecimiento que tuvo lugar durante la infancia. La mano de Perro Furioso se alivia inmediatamente después de escuchar la interpretación de Cobb.

Intuición clínica Hasta cierto punto, estas habilidades para obtener tales inferencias fantásticas tienen su contraparte en la realidad. Theodore Reik (1948) proporciona un ejemplo muy conocido al describir una sesión de psicoanálisis. La cliente era una mujer joven que estaba trastornada por la disolución de su relación íntima con un médico:

[8]Esta es solamente una regla general que tiene muchas excepciones. Una de las más notables es el hecho de que los clínicos a menudo intentan usar los procedimientos *informales* con los datos que ellos consideran correlatos. Como vimos en el caso del intento de suicidio, el psicólogo de alguna forma debe "correlacionar mentalmente" la información actual acerca de un cliente con todo aquello que él ha escuchado, visto o leído en casos semejantes. Esta es una tarea difícil, como veremos un poco más adelante.

> Después de algunos comentarios triviales acerca de lo que le había ocurrido en el día, la paciente permaneció callada durante un periodo largo. Me aseguró que en ese momento no estaba pensando en nada. Yo permanecí callado. Después que pasaron muchos minutos se quejó acerca de un dolor de muela. Me dijo que había ido con el dentista el día anterior. La había inyectado y le había sacado una muela del juicio. El lugar donde estuvo la muela le estaba doliendo de nuevo. Se volvió a callar de nuevo por un periodo más largo. Señaló un portalibros en una esquina del librero de mi consultorio y exclamó: "Ese libro está de cabeza".
>
> Sin titubeo alguno y con voz firme le dije:"¿Pero por qué no me dijo que había tenido un aborto?" La paciente dio un salto y se quedó viendo como si yo fuera un fantasma. Nadie sabía ni tenía manera de enterarse de que su amante, el médico, le había practicado un aborto. . . (Reik, 1948, pp. 263-264).

Reik (1948) sugirió que su inferencia correcta a partir de los datos que presentó la paciente (es decir, el dolor de muela, la inyección del dentista, la extracción de la muela, el dolor, el libro "boca abajo") se basó en parte en un talento intuitivo. Hace tiempo se supone que los psicólogos clínicos poseen parte de ese don que, conjugado con su manera peculiar de pensar acerca de la gente, su experiencia pasada y sus teorías orientadoras, les facilita tener una superioridad en la formulación de inferencias de un nivel alto a partir de los datos de evaluación (Wallen, 1956).

Esta noción idealizada del clínico surge en gran medida de la reputación de Freud y sus seguidores psicoanalíticos, y aun hoy en día es bastante frecuente. Como se notó en el Capítulo 1, no es raro que se le pregunte a un psicólogo clínico si puede leer la mente, y aún es más común que se le hagan comentarios como: "No voy a platicar con usted. ¡Analizará todo lo que yo diga!" Desde luego, sí es cierto que algunas personas son mejores para "detectar" e interpretar de una manera correcta los datos de evaluación (Sundberg, 1977), pero es posible que esto no sea un atributo universal de los clínicos.[9]

A medida que los hechos concretos en la forma de evidencia experimental han superado la fantasía popular, se ha puesto en tela de juicio de manera seria, la existencia de algunas capacidades especiales para formular inferencias en los clínicos. Meehl (1954, p. 28) sugiere que "no tenemos ningún derecho para suponer que la entrada a la disciplina clínica ha producido algunas mutaciones milagrosas y que nos haya liberado de los errores humanos comunes que han caracterizado a nuestros ancestros psicológicos. Peterson (1968a, p. 105) expresa algo semejante de una manera más enérgica: "La idea acerca de que los clínicos tienen o pueden desarrollar algunos tipos especiales de antenas con las que pueden detectar estímulos interpersonales subliminales o leer a partir de éstos la condición intrapsíquica de la otra persona es un mito que debería ser destruido."

[9]Se han realizado intentos de establecer las características personales de las personas que son "buenos jueces de la gente" (por ejemplo, Allport, 1961; Taft, 1955), pero los atributos que se han sugerido (tales como ajuste emocional, autopenetración, habilidad social e inteligencia) aún no han demostrado de manera contundente ser esenciales, ni se ha demostrado que los clínicos los poseen en proporciones altas muy fuera de lo común.



Caricatura 4-1 "Mis Peach" *(Miss Peach de Mell Lazarus* Cortesía de *Mell Lazarus* y Frield Menespaper Sindícate).

Estas afirmaciones reflejan una gran cantidad de investigación que demuestra que cuando se emplea una aproximación informal para el procesamiento de los datos de evaluación, los psicólogos clínicos *en su conjunto* (1) no tienen una mayor habilidad que los que no son clínicos para formular inferencias y (2) no hacen inferencias más adecuadas que las que se obtienen a través de los procedimientos formales, estadísticos. Para ejemplificar esto, se revisarán de manera breve algunos datos sobre el tema de las habilidades propias del clínico versus las del lego y luego se analizará alguna evidencia que se relaciona con el tema del procesamiento de datos informal versus estadístico.

El clínico, un experto en la formulación de inferencias **Goldberg (1959)** proporcionó un ejemplo clásico de la investigación sobre las capacidades especiales para la formulación de inferencias que se le han atribuido al clínico. En su estudio, diferentes tipos de jueces intentaron inferir la presencia o ausencia de un daño cerebral a partir de las respuestas de los clientes a una prueba psicológica muy difundida que se emplea para este fin. La mitad de los 30 clientes que se juzgaron realmente sufrían de problemas orgánicos; la otra mitad no tenía problemas. Los resultados de las pruebas fueron considerados por (1) cuatro psicólogos con el doctorado en Psicología clínica que habían empleado la prueba en el transcurso de cuatro a nueve años, (2) diez psicólogos que cursaban un entrenamiento a nivel de maestría y que habían empleado la prueba por un periodo de uno a cuatro años, y (3) ocho secretarias del Hospital de Veteranos que no tenían una cultura psicológica y que nunca habían aplicado e interpretado la prueba. Debido a que en este caso la única inferencia que se debía formular era "orgánico" o "no orgánico" (para cada uno de los cuales había 15 casos), la probabilidad de acertar en el caso de cualquier paciente por azar era 0.50. Sin embargo, sólo uno de los cuatro psicólogos tuvo una ejecución superior al azar, y como se demuestra en la Tabla 4-3, no tuvieron un mejor rendimiento que sus estudiantes o secretarias. De hecho, las secretarias fueron el grupo con el porcentaje más alto con respecto a rebasar los niveles de precisión del azar. Otros estudios de este tipo que se llevaron a cabo tanto antes como a partir del experimento del Goldberg (1959) fueron revisados por Goldberg (1968a). Se encontró que Thorne (1972) y Wiggins (1973) obtu-

Tabla 4-3 La precisión en las inferencias de tres tipos de jueces

Grupo	N	% Correcto	% Se excedió el azar
Personal profesional del hospital	4	65	25
Personal que cursaba el entrenamiento psicológico	10	70	60
Secretarias	8	67	62
Total	22	68	54

Fuente: De Goldberg, 1959.

vieron resultados que reflejaron una situación semejante en principio. Los datos más recientes también coinciden con esas revisiones (por ejemplo, Garner y Smith, 1976; Levenberg, 1975).

También se ha visto fortalecida la imagen de los psicólogos clínicos meramente como simples mortales por medio de la investigación acerca de su habilidad para procesar la información. Los estudios de Kostlan (1954), Sines (1959), Golden (1964), Oskamp (1965) y Weiss (1963) sugieren que a medida que los clínicos tienen una mayor cantidad de información de evaluación puede aumentar su *confianza* acerca de sus inferencias, pero su precisión no siempre aumenta (véase Einhern y Hogarth, 1978 y Goldberg, 1968 para consultar las revisiones). Lo anterior coincide con la noción acerca de que sencillamente hay limitaciones en la cantidad de datos que una persona (clínico o no clínico) puede recordar, procesar e integrar y que estas limitaciones afectan al clínico que escudriña la gran variedad de material de evaluación que Levy (1963) denomina la "matriz psicológica".

Por lo tanto, el psicólogo puede tener una tendencia para impresionarse con las primeras porciones de información que él reciba y luego olvidar o prestar poca atención a los datos subsecuentes (Dailey, 1952; Meehl, 1960; Sines, 1959). Otra posibilidad es que, como la mayoría de la gente, el clínico puede permitirse darle mayor peso a la información que provenga de ciertas fuentes (por ejemplo, el reporte de los padres de la conducta de un niño) en lugar de tener en cuenta otra información contradictoria (McCoy, 1976).

Las distintas clases de prejuicios personales pueden distorsionar las inferencias. El psicólogo clínico puede reaccionar en una forma diferente con los hombres y mujeres, grupos de distintas edades, o personas que pertenecen a determinados grupos socioeconómicos, raciales o políticos (Abramovitz, Abramovitz, Jackson y Gomes, 1973; Broverman, Broverman, Clarkson, Resenkrantz y Vogel, 1970; Chasen y Weinberg, 1975; DiNardo, 1975; Lee y Tenerlin, 1970; Lewittes, Moselle y Simmons, 1973; Routh y King, 1972). Como se sugirió en el Capítulo 3, el prejuicio teórico también puede alterar las inferencias, ya que los seguidores de cada uno de los modelos clinicos principales muy probablemente abordarán las situaciones que les presenten sus clientes con ciertas ideas preconcebidas acerca de las conductas que les comunicarán y el significado de esas conductas (Pasamanick, Dinitz y Lefton, 1959).

Además, el "folklore" general y algunos tipos de esperiencias pasadas, erróneamente recordados, pueden afectar al clínico con la misma fuerza que a cualquier otra persona. Por ejemplo, se ha demostrado que un tipo de supertición denominado "correlación ilusoria" funciona en las inferencias de la disciplina de la Psicología clínica (Chapman y Chapman, 1967; Golding y Rorer, 1972) de una manera muy semejante a como ocurre en la vida en general. Así como su vecino puede creer que cada vez que lava el automóvil llueve, muchos psicólogos clínicos han creído por mucho tiempo que la presencia de unos ojos muy delimitados y adornados en las pruebas que piden a los clientes que dibujen la figura humana se relaciona con el comportamiento paranoide del que los dibujó, a pesar de que no existe ninguna evidencia empírica firme que apoye esta creencia (véase, por ejemplo, Fisher y Fisher, 1950). El hecho de que algunos clínicos aún infieran las tendencias paranoides a partir de tales rasgos en los dibujos ejemplifica un tipo de error del que "la mayoría, sino es que todas las personas, son susceptibles" (Chapman, 1971, p. 159).

El psicólogo clínico puede caer preso de otras influencias que reducen la precisión de sus inferencias. Otras variables adicionales que pueden afectarle son la situación en la que se formulan las inferencias (por ejemplo, una escuela u hospital mental), los efectos de la fatiga, y los tipos de clientes que por lo general lo consultan (y que por consiguiente, espera que acudan) (véase, por ejemplo, Beiri, Atkins, Briar, Leaman, Miller y Tripoldi, 1966; Hunt y Jones, 1962; Thorne, 1972).

La capacitación clínica que de manera tradicional se recibe en la especialidad puede proporcionarle al clínico futuro una gran cantidad de información y experiencia útil e importante, pero desafortunadamente hay muy poca evidencia que señale que ayuda a mejorar la habilidad para formular inferencias adecuadas (Hanks, 1936; Kelly y Fiske, 1951; Kremers, 1960). Hasta existen algunos datos que sugieren que determinados aspectos del entrenamiento clínico en algunos casos pueden *disminuir* la precisión en la formulación de las inferencias al instigar a los estudiantes para que consideren que existen problemas donde en realidad no los hay. Por ejemplo, Seskin (1954) encontró que antes de que unos estudiantes de postgrado tomaran un curso sobre la interpretación del "Thematic Apperception Test" (TAT) tenderían a percibir a una persona bien adaptada como bien adaptada. Después del curso, los estudiantes consideraban de una manera imprecisa que este tipo de personas tenía ciertas perturbaciones. De una manera similar, Crow (1957) presenta pruebas negativas sobre los efectos que producen determinados tipos de entrenamiento clínico.

Las consideraciones que se han revisado hasta estas alturas condujeron a Wiggins (1973, p. 131) a la conclusión de que existe "poca evidencia experimental que justifica el otorgar la posición de 'experto' al clínico con base en su entrenamiento, experiencia o habilidad para procesar la información".

No obstante, *existen* algunos clínicos que por las razones que sean, son superiores a sus colegas y a otras personas legas inteligentes, con respecto a la precisión de sus inferencias. ¿La habilidad que estos clínicos manifiestan es generalizada y estable en todos los casos, o bien, es esporádica y variable dependiendo del cliente, de la situación y de la labor de juicio requerida? La respuesta no es del todo

clara. Algunos estudios han demostrado la existencia de ciertas habilidades inferenciales generales en determinadas personas (por ejemplo, Cline y Richards, 1961), mientras que otra evidencia sugiere la conclusión opuesta (por ejemplo, Crow y Hammond, 1957). Es posible que la verdad se encuentre en algún punto intermedio; la habilidad de una persona para formular inferencias puede ser una función conjugada de alguna habilidad general que interactúa con algunas variables situacionales (Bieri, Atkins, Briar, Leaman, Miller y Tripoldi, 1966; Bruner y Taguiri, 1954; Taft, 1955). Sin embargo, en este momento no se ha establecido aún si este punto de vista es acertado, ni siquiera se ha demostrado completamente la existencia de una habilidad general en las personas para formular inferencias (Krech, Crutchfield y Balachey, 1962; Wiggins, 1973).

Las inferencias por medio de procedimientos formales versus las obtenidas por procedimientos informales Se ha visto que la imagen que Hollywood presenta del psicólogo clínico como un experto orientado hacia la interpretación de los signos y que de manera subjetiva, uniforme y a menudo intuitiva formulaba inferencias de manera inequívoca, se empañó considerablemente en las décadas de 1950 y 1960 a través de la investigación que se realizó sobre el entrenamiento y la experiencia clínica, y la habilidad para procesar datos. Estos experimentos desalentadores en gran parte fueron promulgados por un conjunto de investigaciones que se basaron en una pregunta más general acerca de la habilidad de los clinicos para formular inferencias. Muchos investigadores se interrogaron si los esfuerzos informales y subjetivos de los clínicos para interpretar los datos de evaluación como signos o para correlacionar mentalmente esos datos con otros hechos, son en alguna medida más adecuados que las inferencias que se basan en las técnicas estadísticas y formales para el procesamiento de los datos en las que el clínico no toma parte en absoluto (véase Gough, 1962 para consultar una reseña histórica de este tema).

Debido a que la Psicología clínica tiene sus raíces tanto en disciplinas subjetivas como objetivas, los psicólogos clínicos tradicionalmente se han dividido con base en los atributos "clínicos" (subjetivos) y "estadísticos" (objetivos) de sus procedimientos para formular inferencias. Meehl (1954) observa que aquellos que favorecen la aproximación clínica informal la consideran llena de significados, organizada, rica, profunda y genuina, mientras que sus críticos la caracterizan como mística, vaga, no científica, desaliñada y embrollada. De una manera fácilmente predecible, los que proponen el uso de las inferencias formales y estadísticas las consideran objetivas, confiables, precisas, empíricas y razonables, a pesar de que otras personas las etiquetan como artificiales, triviales, superficiales, rígidas y extremadamente simplificadas.

Sin embargo, esta controversia implica más que una guerra de palabras. El tema acerca del procesamiento estadístico versus clínico de los datos es básico para la forma cómo los clínicos (1) utilizan su tiempo, (2) toman decisiones acerca de los clientes, (3) estructuran sus investigaciones y (4) conciben su identidad y capacidades profesionales (Meehl, 1954). Los psicólogos clínicos que interpretan de una manera informal los resultados de pruebas psicológicas y otros datos, formulan sus recomendaciones con base en esas inferencias, y conducen alguna investigación que se relaciona con ese tipo de actividades debido a que creen que ellos (o por lo menos su profesión) son eficaces en su desempeño. Por lo tanto en térmi-

nos nada exagerados se puede decir que realmente les sorprendió cuando en 1954, un psicólogo de la Universidad de Minnesota, Paul Meehl, reportó los resultados obtenidos en 20 estudios en una monografía que comparaba la precisión de las inferencias predictivas basadas en los procedimientos clínicos informales y en los procedimientos estadísticos y formales. A excepción de un solo caso, encontró que la aproximación estadística era equivalente con o superaba a la aproximación clínica. Posteriormente, aun esta única excepción se consideró en verdad un empate entre ambos procedimientos, y a medida que se acumuló una mayor cantidad de investigación, se estableció con mayor firmeza aún, la superioridad del método estadístico de predicción (Meehl, 1957, 1965). La Tabla 4-4 demuestra los "puntajes" y los tipos de variables que se predijeron en los estudios que revisó Meehl.

Wiggins (1973, p. 183) nota que "el impacto de la revisión de Meehl sobre los psicólogos clínicos fue asolador". Durante los años que siguieron a la aparición de este informe, se publicaron por lo menos 18 respuestas, la mayoría en forma de críticas. Los detractores demostraron los defectos metodológicos de algunos de los estudios que se revisaron, los cuales pudieron haber prejuiciado los resultados a favor de los procedimientos estadísticos. Otros señalaron que las variables que se predijeran (por ejemplo, calificaciones) no se parecían a las que comúnmente manejan los psicó-

Tabla 4-4 Resumen de los resultados de los estudios que comparan la inferencia predictiva clínica con la estadística

			Resultado		
Fuente	Número de estudios	Variables predichas	Clínico mejor	Estadística mejor	Empate
Meehl (1954)	20	Éxito en la escuela o en el ejército; reincidencia o violación de la libertad condicional; recuperación de la psicosis	1*	11	8
Meehl (1957)	27	Todas las anteriores, además, descripción de la personalidad; resultados de la terapia	0	17	10
Meehl (1965)	51	Todas las anteriores, además respuestas al tratamiento electroconvulsivo; etiqueta diagnóstica; éxito y satisfacción en el trabajo; diagnóstico médico	1 †	33	17

*Después se consideró un empate.
†Después Goldberg (1968b) lo consideró un empate.
Fuente: De Wiggins, 1973.

logos en la práctica (por ejemplo, McArthur, 1956), mientras que algunos sugirieron que en varios estudios los clínicos estaban en desventaja al disponer de una información inadecuada o poco familiar acerca de los clientes y de lo que se suponía que debían predecir (por ejemplo, Holt, 1958, 1978). Thorne (1972, p. 44) lo expresó de la siguiente forma: "La pregunta no debe ser lo que son capaces de hacer los jueces ingenuos bajo condiciones dudosas y enfrentados con tareas inadecuadas, sino lo que pueden hacer los jueces documentados bajo las condiciones ideales y con métodos adecuados."

El furor que despertaron las conclusiones de Meehl y hasta las obscuras murmuraciones acerca de que había "rematado como saldo en enfoque clínico" (Holt, 1958, p. 1) no pudieron negar el hecho de que las inferencias basadas en los métodos informales, subjetivos y "clínicos" no son tan adecuados como alguna vez se pensó. Sin embargo, esta conclusión inicial desalentadora no careció de sus aspectos positivos. Las revisiones de Meehl, junto con otros informes acerca de las capacidades limitadas del clínico han servido a la larga, para centrar la atención de la investigación en el problema y para avanzar el conocimiento, la teoría y la práctica sobre el procesamiento de los datos de evaluación. A partir de esta investigación, han aparecido dos clases principales de estudios.

El mejoramiento de las inferencias informales La primera clase de estudios investigan la forma cómo se formulan las mejores inferencias clínicas subjetivas, cómo se puede mejorar y cómo se pueden enseñar. Para los que se comprometieron con esta empresa, la investigación poco halagadora acerca de la habilidad de los clínicos para formular inferencias fue un reto y no un desastre. Thorne (1972, p. 44) sugiere que los clínicos deben volverse más críticos de los tipos de juicios que intentan emitir, la selección de señales en que basan sus juicios, y sus formas de recopilar y combinar los datos. "Los estudios en estas áreas comenzaron durante la década de 1960 a medida que se fue sometiendo el proceso de las inferencias clínicas a una especie de disección. Los investigadores intentaron analizar la lógica del proceso (por ejemplo, Sarbin Taft y Bailey, 1960), relacionarlo con los procesos y errores de los juicios sociales y físicos (por ejemplo, Bieri, Atkins, Briar, Leaman, Miller y Tripoldi, 1966; Grossberg, y Grant, 1978; Hunt y Jones, 1962), analizar la naturaleza e influencia de las señales particulares que emplean los clínicos (por ejemplo, Goldberg, 1968a; Hoffman, 1960; Oskamp, 1967), optimizar la cantidad de datos de evaluación que se deberán procesar (por ejemplo, Bartlett y Green, 1966), e identificar las condiciones con las cuales las inferencias pueden ser más confiables y válidas (por ejemplo, Watley, 1968). En la actualidad se están continuando estos esfuerzos (por ejemplo, Brehmer, 1976).

Al utilizar la investigación anterior como una guía, se puede demostrar que la precisión de las inferencias clínicas subjetivas puede mejorarse y superar los niveles que se habían reportado previamente (por ejemplo, Lewinsohn, Nichols, Pulos, Lomont, Nickel y Siskind, 1963), pero es posible que el incremento que se logra no siempre justifique la cantidad sin precedente de esfuerzo y refinamiento metodológico adicional que requiere. Asimismo, es posible que hasta los jueces humanos más dotados, que operaron en condiciones óptimas, sean lo suficientemente variables en su precisión como para provocar dudas acerca de lo conveniente que es su actividad del procesamiento de datos.

Considérese, por ejemplo, un estudio de Kleinmutz (1963) que implicaba "filtrar" las "reglas" específicas con las cuales los mejores jueces clínicos hacen inferencias. El conocimiento de estas "reglas", en teoría por lo menos, podría facilitar el entrenamiento de los clínicos menos experimentados y menos precisos (Kagan, 1974). Kleinmuntz le pidió a un experto conocido en la formulación de inferencias a partir de tes pruebas del MMPI que "pensara en voz alta" mientras trabajaba con los resultados obtenidos en la prueba por un grupo de sujetos de edad universitaria. El objetivo de la tarea era decidir si el individuo en cuestión era "adaptado" e "inadaptado". Luego, las reglas de decisión que surgieron se transformaron en un programa de computadora que podría emplearse en el futuro para analizar los puntajes de los sujetos en el MMPI.

El estudio demostró que se pueden objetivizar los procesos eficaces de inferencia de un clínico (véase también Nathan, 1967) y por tanto se pueden enseñar, pero también reveló que el "estudiante" más apropiado puede ser una computadora; la máquina utilizó las "reglas" de una manera perfecta y uniforme con cada conjunto nuevo de datos de la prueba, y por consiguiente obtuvo un rendimiento mejor en las posteriores tareas de formulación de inferencias que el clínico que la había "adiestrado" (Wiggins, 1973). Goldberg (1970) presenta una mayor evidencia relacionada con esta conclusión.

Mejoramiento de las inferencias formales El desempeño demostrado por los procedimientos formales para la formulación de las inferencias proporcionó una gran parte del ímpetu de la otra clase de estudios en el periodo que siguió a la investigación de Meehl, es decir, la elaboración y mejoramiento de las técnicas del procesamiento estadístico de los datos de evaluación. A pesar de que podría parecer que esta segunda clase de experimentos remplazarían la labor de los clínicos, en realidad uno de sus corolarios ha sido delimitar las tareas de evaluación en las cuales el clínico puede ser eficiente a su máximo.

Meehl (1954) y otros revisores e investigadores en esta área (por ejemplo, Sawyer, 1966) han trazado una distinción clara entre las funciones del psicólogo clínico para el *procesamiento* versus la *recopilación* de los datos. En pocas palabras, lo que ellos han hecho es subrayar que así como la tarea de procesar los datos se puede realizar de una manera formal o informal, la recopilación de los datos de evaluación se puede llevar a cabo de una manera "mecánica" (es decir, por medio de pruebas objetivas y documentos históricos) o "subjetiva" (es decir, a través de las entrevistas no estructuradas y las observaciones informales). Por lo tanto, en una determinada secuencia de evaluación, existen muchas posibles combinaciones de procedimientos subjetivos y estadísticos, que el clínico puede ocupar de diversas maneras (véase la Tabla 4-5). Cuando se analizan nuevamente los estudios que Meehl (1954, 1957) revisó bajo una perspectiva como la de Sawyer (1966) es claro que a pesar de que los clínicos por lo general son inferiores a las fórmulas estadísticas en cuanto al *procesamiento* de los datos de evaluación, pueden contribuir de una manera muy significativa y a menudo singular a la *recopilación* y el reinforme de sus juicios subjetivos. Las inferencias más adecuadas que Sawyer (1966) encontró se basaron en el procesamiento estadístico y formal de los datos que fueron recopilados *tanto* a través de las técnicas mecánicas *como* de

Tabla 4-5 Algunas combinaciones de los procedimientos formales e informales para la recopilación y procesamiento de los datos de evaluación

Procedimiento de recopilación de los datos	Procedimiento de procesamiento de los datos	Ejemplo
1 Formal	Formal	Una computadora procesa los puntajes de las pruebas psicológicas de acuerdo con la fórmula estadística que predice el potencial que existe para los problemas del comportamiento
2 Formal	Informal	Basándose en su experiencia, teoría e "intuición", el clínico interpreta los puntajes de las pruebas psicológicas con el objeto de establecer el diagnóstico psiquiátrico
3 Informal	Formal	Los juicios subjetivos del clínico (basados en una entrevista) se convierten en calificaciones cuantitativas que una computadora o fórmula estadística posteriormente procesa con el objeto de describir la "personalidad" del cliente
4 Informal	Informal	Las impresiones y juicios subjetivos (a partir de las entrevistas, pruebas proyectativas, etc.) se interpretan de manera subjetiva para decidir si el cliente requiere ser hospitalizado
5 Formal e Informal	Formal	Tanto los puntajes de las pruebas psicológicas como las impresiones y juicios subjetivos del clínico alimentan una computadora que emplea una fórmula compleja para obtener una descripción y predicción del cliente y su conducta
6 Formal e Informal	Informal	El clínico revisa e interpreta tanto los puntajes de las pruebas como sus impresiones y juicios subjetivos para decidir si un cliente debe presentarse en una corte por un crimen cometido

las subjetivas. "Éste sugiere que la mejor contribución del clínico no es la predilección directa, sino la emisión de sus juicios en una forma objetiva para que éstos se combinen de una manera mecánica" (Sawyer, 1966, p. 193). Por consiguiente, la explotación del potencial de los procedimientos para el manejo formal de los datos de ninguna forma le ha cerrado las puertas del proceso de evaluación al clínico. "El análisis de Sawyer refuerza la conclusión de Meehl (1954) acerca de que el clínico es un *combinador* muy ineficiente de los datos, pero también subra-

ya la contribución del clínico que hasta ahora se había ignorado como una *fuente* valiosa para proporcionar los datos" (Wiggins, 1973, p. 198).

El reconocimiento de este hecho ha dado como resultado que muchos clínicos practicantes e investigadores se enfoquen sobre el proceso de las habilidades observacionales y otras relacionadas con la *recopilación* de los datos con el fin de optimizar la función humana en la evaluación clínica. Como un ejemplo, muchos han reformulado el concepto de la "intuición clínica" (por ejemplo Levy, 1963; Wallen, 1956) en términos de una habilidad para la observación de las señales verbales y no verbales que provienen del cliente. Como cualquier habilidad, se puede desarrollar, practicar y mejorar.

Al mismo tiempo, otros investigadores han estado persiguiendo diferentes maneras para aumentar y expander la precisión de los métodos estadísticos de procesamiento de datos, por lo general orientados hacia la computadora. Algunos de estos métodos son completamente mecánicos y empíricos; por ejemplo, los puntajes obtenidos por un cliente en una prueba objetiva se interpretan de acuerdo con ciertas fórmulas que se han derivado a partir de las relaciones estadísticas entre los puntajes en las pruebas obtenidos por otros clientes y su conducta (véase la categoría 1 a la Tabla 4-5). De hecho, la computadora (o el clínico esmerado) toma el perfil obtenido por el cliente en la prueba y "consulta" las características de otras personas con perfiles semejantes. El desarrollo de este tipo de programa "solamente actuario" es difícil y muy costoso debido a que requiere de un cúmulo enorme de datos observacionales y de pruebas de cientos de clientes previos. Por este motivo, la cantidad de estos problemas es escasa y sólo se enfocan sobre las pruebas más populares, tales como el MMPI (véase Gildberstadt y Duker, 1965; Marks y Seeman, 1963; Sines, 1966).

Con el intento de llenar las lagunas en las que aún no se dispone de las fórmulas estadísticas apropiadas, se ha desarrollado un tipo de sistema "híbrido" para el procesamiento formal de los datos. El estudio de Kleinmuntz (1963) proporciona un ejemplo de este enfoque. En términos generales implica la interpretación de los datos de evaluación por parte de la computadora, no a través de una fórmula derivada estadísticamente sino por medio de la experiencia de los clínicos y las creencias teóricas que se han transformado en "reglas" de decisión. Wiggins (1973) se refiere a este proceso como la "automatización de la erudición clínica". A pesar de que esta estrategia no es completamente empírica, el empleo de un sistema "híbrido" puede ser más preciso (y desde luego menos caro y mas conveniente), que tener un clínico humano para interpretar cada prueba.

El uso de los programas "híbridos" de computadora para la calificación de las principales pruebas psicológicas realmente se ha vuelto una empresa popular que puede ser bastante lucrativa para sus provedores (véase el Cuadro 4-5). La calidad y grado de elaboración de estos programas varía de manera considerable, pero, idealmente, a medida que se disponga de una cantidad mayor de datos empíricos, los sistemas automatizados para la interpretación de las pruebas que dependen del uso de la "erudición clínica" para derivar las reglas de decisión se sustituirán por medio de paquetes actuarios aún más adecuados (Fewler. 1969; Wiggins, 1973).

Cuadro 4-5 Muestra de un reporte automatizado de una prueba psicológica

INSTITUTO ROCHE DE SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS
REPORTE DE MMPI

NÚM. CASO: 00000 NÚM. RPSI: 0000
EDAD 37 MASCULINO

Aparentemente las respuestas a los reactivos de la prueba se contestaron con honestidad y sin tratar de negar o exagerar.

Este paciente se manifiesta por lo general deprimido y ansioso. Muestra un patrón que se encuentra con frecuencia entre los pacientes psiquiátricos. Los sentimientos de no ser una persona adecuada, los conflictos sexuales y la rigidez se acompañan por una pérdida en la eficiencia, iniciativa y confianza en sí mismo. Es muy problable que tenga insomnio, junto con una fatiga crónica. Es ansioso, tenso y demasiado sensible. Es posible que tenga pensamientos suicidas. Con respecto al panorama clínico, la depresión predomina. Los pacientes psiquiátricos con este tipo de patrón por lo general se diagnostican como reacción depresiva o reacción de ansiedad. Las características son consistentes con una resistencia al cambio, aunque se puede obtener un alivio sistemático a través de un tratamiento breve.

Tiende a ser pesimista y quejumbroso, y es probable que sea autoderrotista, cínico y no esté dispuesto a continuar el tratamiento. Es posible que requiera que se le asegure constantemente su condición médica. En términos dinámicos, es una persona narcisista y egocéntrica con un pensamiento rígido y que fácilmente se molesa en las situaciones sociales.

Emplea la represión y la negación como defensas para la ansiedad. Cuando atraviesa periodos de una máxima tensión ("stress") lo más probable es que exprese su ansiedad con síntomas somáticos. Es posible que responda si se le da apoyo y sugerencias.

Es una persona precavida y autocontrolada, con algunos patrones de interés algo femenino. Es idealista, socialmente perceptivo y responde a la estimulación. Muestra cierto grado de autoconciencia, pero es sensible y tiende a preocuparse fácilmente. Tiene una buena fluidez verbal, es persuasivo y puede comunicar sus ideas con claridad.

Es indeciso acerca de dejarse comprometer en las situaciones sociales. Hace un esfuerzo por llevar a cabo sus responsabilidades de una manera concienzuda, pero rechaza y se aisla de las relaciones interpersonales.

Fuente: Wiggins J. *Personality and Prediction,* ©1973, Addison-Wesley, Reading, Mass. Tabla 5-7. Reimpreso con permiso.

El tiempo y el costo que se asocian con los enfoques formales y estadísticos para el procesamiento de los datos de evaluación no son sus únicas desventajas. Los críticos como Hunt y Jones (1962) y Levy (1963) han propuesto las siguientes limitaciones y problemas adicionales:

1 Las técnicas actuariales se pueden aplicar sólo cuando se disponga de determinados aparatos de evaluación y fórmulas de inferencias plenamente estandarizados. Por el momento estos aparatos y fórmulas constituyen una excepción, y no una regla (véase Goldberg, 1974).

2 Existe una cierta desconfianza en el público sobre las inferencias y decisiones que se emiten acerca de las personas con base en las técnicas (en especial las de la computadora).

3 Es menos probable que ocurran descubrimientos nuevos y creativos acerca de la conducta humana si los clinicos humanos se desligan más del procesamiento de los datos de evaluación.

4 Al relegar a los clínicos a las funciones de la recopilación de los datos, las probabilidades de mejorar las habilidades humanas para el procesamiento de los datos en el futuro se minimizan.

5 Al excluir al clínico de la función del procesamiento de los datos de disminuye la probabilidad de que se noten los acontecimientos y relacionen conductuales raros debido a que las tablas actuarías y las fórmulas estadísticas no están construidas de tal forma que los puedan abordar.

6 Se pueden manej ar de manera más apropiada algunos tipos de evaluación a través de los medios informales. Levy (1963) propuso que algunas preguntas específicas y "limitadas" (por ejemplo, ¿es probable que esta persona abuse de los niños?) sean respondidas más adecuadamente por medio del procesamiento informal de datos, mientras que otros intereses más generales y "no limitados" (por ejemplo, ¿cómo es esta persona?) sean tratados de una manera óptima por los medios informales.

De hecho, Levy (1963, p. 176) discute que "el fracaso en hacer la distinción entre las inferencias limitadas (específicas) y no limitadas (generales). . . es en gran parte responsable de la actual controversia acerca de la utilidad de la predicción actuaría en contraste con la clínica. . . En el caso de las formulaciones no limitadas, no tenemos. . . otra elección que apoyarnos en las capacidades deductivas del clínico; en el caso de las formulaciones limitadas sí tenemos esta opción y nunca podemos justificar el no hacer la elección en favor del criterio estadístico." A pesar de que aún existe un desacuerdo considerable acerca de qué preguntas y funciones de evaluación deben manejar los clínicos humanos, el resumen de Wiggins (1973, p. 199) de la situación actual proporciona una nota positiva para concluir esta sección: "Los clínicos no necesitan considerarse a sí mismos como unas máquinas IBM de segunda clase a menos que elijan ocuparse de las actividades que realizan mejor estas máquinas. En el campo de la observación y formulación de hipótesis clínicas, la máquina IBM jamás será otra cosa que un clínico de segunda clase."

La aproximación del aprendizaje social a la evaluación En las últimas secciones, se ha estudiado el interés tradicional de los psicólogos clínicos por el procesamiento formal e informal de los datos de evaluación considerados como signos o correlatos. De acuerdo con esa tradición, la información de la evaluación se interpreta en términos de los rasgos psicológicos o de la dinámica intrapsíquica, y la meta del clínico a menudo consiste en hacer una predicción acerca del cliente o una descripción sumaria y abstracta de la "personalidad" del cliente.

Los psicólogos clínicos que adoptan el modelo del aprendizaje social de la conducta no encuentran muy atractivos estos conceptos aceptados durante bastante tiempo. Sus críticas principales y formulaciones alternativas se resumen en los siguientes puntos:

1 La utilización de los datos de evaluación como *signos* de los rasgos de la personalidad o características psicodinámicas implica demasiadas inferencias y por lo tanto mayor posibilidad de error. De hecho, los defensores del aprendizaje social ni siquiera consideran que los conceptos como "rasgos de la personalidad", "disposiciones psicológicas" o "dinámica de la personalidad" sean muy útiles para aprender acerca de las personas. De acuerdo con su punto de vista, esto se debe parcialmente a que los constructos disposicionales sólo existen en el ojo y en la mente del clínico que los inventa y utiliza (Jones y Nisbett, 1971; Mischel, 1968), y en parte debido a que estos constructos, sean o no "reales", no parecen poseer demasiada utilidad para la descripción adecuada de las personas, la predicción de su conducta, o la planeación y evaluación de los programas de cambio conductual (véase Bandura, 1969, Bersoff, 1973, Mischel, 1968 y Peterson, 1968a, para consultar algunas revisiones que apoyan esta perspectiva).

De hecho, los escritores del aprendizaje social arguyen que parte de la razón por la que los clínicos tradicionalmente se muestran pobres como procesadores de datos, se debe a que han tenido la tendencia de fundarse en rasgos vagos y conceptos dinámicos como base para las inferencias que los desvía peligrosamente de la información inicial de evaluación.

La afirmación anterior es fácil de entender cuando existen tales estudios como los de Graynon y Tolman (1950), Siskind (19677, y Auger (1974), que muestran que los clínicos no tienen definiciones comunes para términos tan importantes como "ansiedad", "agresión", "ego" y "hostilidad", la existencia de otros estudios que reportan baja confiabilidad y validez para las inferencias acerca de las categorías diagnósticas o rasgos de personalidad (p. ejemplo: Ash, 1949; Golberg y Werts, 1966; Ullmann y Hunrichs, 1958).

En vista de su utilidad dudosa, los evaluadores del aprendizaje social consideran que los rasgos, estados y otros conceptos disposicionales son simplemente constructos que aumentan etiquetas confusas, cargadas de inferencias y en última instancia superfluas para las muestras de conducta que no las requieren. Por ejemplo, supóngase que una niña pequeña le da una patada a su muñeca "Barbie" y la lanza de un lado de la habitación a otro. Se considera que la observación en sí de ese incidente es valiosa, y que no se le mejora o se le da más sentido al llamarle "hostilidad" o una parte de la "necesidad de agresión" de la niña (Bijou y Peterson, 1971).

Así pues, el modelo del aprendizaje social propone un apego cercano a los datos disponibles que constituyen muestras acerca de las capacidades del cliente (Wallace, 1966, 1967) en lugar de las bases para formular inferencias acerca de los rasgos de la personalidad o estados dinámicos. Mischel (1968, p. 10) abrevió esta idea al observar que "se pone el acento en lo que *hace* una persona en vez de ponerlo en las inferencias acerca de los atributos que *tiene"*. Por consiguiente, hasta los resultados de las pruebas tradicionales de rasgos o de orientación dinámica se considerarían muestras de conducta, y no una ojeada dentro de la personalidad o el inconsciente (por ejemplo, Goldfried, Stricker y Weiner, 1971; Greenspoon y Geresten, 1967).

2 A pesar de los esfuerzos iniciales de Murray (1938) y Rapaport (Rapaport, Gilí y Schafer, 1945), los conceptos disposicionales de evaluación han tendido a

aislar la conducta de las personas del ambiente en el que ocurre. Debido a que la conducta se aprende en un contexto social, uno no puede describir o predecir esa conducta de una manera adecuada si no se toman en cuenta de una forma sistemática los factores situacionales: un hombre que manifiesta dominancia en una prueba psicológica puede comportarse sumisamente con su jefe. En la evaluación del aprendizaje social, tanto la persona como el ambiente se consideran vitalmente importantes, de tal forma que la recopilación de los datos incluye: (1) las capacidades conductuales del cliente, (2) las características del ambiente físico y social en el que ocurre la conducta, y (3) la naturaleza de las interacciones *entre el cliente y su ambiente*. Esta orientación "de la persona en la situación" hace que la perspectiva de evaluación del aprendizaje social se mantenga atenta a la obra de aquellos autores que subrayan la importancia de las características ambientales (por ejemplo, Barker, 1963, 1968; Craik, 1971, 1973; Frederiksen, 1972; Moos, 1975) y también la convierte en un enfoque compatible con las' 'aproximaciones de sistemas" más amplios para el estudio de la conducta (Miller, 1971; Sundberg, 1977) en las que se considera que todos los niveles de la actividad humana desde la célula individual hasta la política internacional son componentes relacionados, que interactúan y que no se pueden manejar adecuadamente de una manera aislada (Peterson, 1968a).

3 Las prácticas tradicionales de la evaluación promueven una separación poco saludable entre la recopilación de los datos y su utilización. Con una frecuencia demasiado elevada, la información proveniente de la evaluación se procesa y transforma en predicciones o descripciones que no son útiles o pertinentes en la planeación o evaluación de las estrategias o técnicas del cambio conductual. La evaluación cuya finalidad sólo es la de llevarla a cabo se considera un callejón sin salida. Los escritores del aprendizaje social documentan este aspecto al citar la investigación que demuestra que las etiquetas diagnósticas a menudo no determinan la hospitalización ni el tratamiento de una persona (Bannister, Salmón y Lieberman, 1964; Cole y Magnussen, 1966; Mendel y Rapaport, 1969) y que también señala que los terapeutas que tienen una orientación tradicional a menudo prestan muy poca atención a los datos disponibles de la evaluación (Dailey, 1953; Meehl, 1960).

Desde la perspectiva del aprendizaje social, la evaluación clínica de la conducta se vincula de manera inesperada con los esfuerzos por alterar dicha conducta en una dirección benéfica. Para enfocarse hacia este fin, los clientes, las situaciones y las interacciones entre el cliente y la situación son descritos con base en determinadas dimensiones que (1) son lo más precisas y basadas en los datos que sea posible, (2) tienen implicaciones claras y directas para la planeación del tratamiento, y (3) se pueden probar durante el tratamiento y después de su terminación. Por tanto en lugar de describir el problema de un determinado niño en términos vagos, orientados hacia el concepto de rasgos tales como "agresión" o "hiperactividad", la evaluación se centraría en las *frecuencias, duraciones* o *intensidades* con las que ocurren determinados actos (por ejemplo, pegarle a los demás, correr por todo el salón), y en los ambientes que parecen provocarlos o reforzarlos.

Por consiguiente, en términos generales, las preguntas que se hacen durante las evaluaciones del aprendizaje social no se dirigen hacia los porqué una persona

actúa de una determinada manera, sino en el *qué* hacen, y el *cuándo y dónde y* las *circunstancias* bajo las cuales ocurre esa actividad (Ullmann y Krasner, 1975). Cuando el comportamiento se describe de esta manera, la táctica de cambios puede provenir directamente de la evaluación. Si la evaluación sugiere que los llantos muy frecuentes de Sally en el salón de clase se ven reforzados por la atención de la maestra, entonces se establecería un programa que termine con la recompensa de la conducta desadaptiva y se planearía el reforzamiento de otras conductas más adaptivas. A medida que se inicia ese programa, se observarían sus efectos sobre las variables que se identificaron en la evaluación inicial y se utilizarían como una guía para la continuación, modificación o terminación de la intervención.[10] Por lo tanto, en la práctica clínica, el modelo del aprendizaje social es poco alentador para el clínico que se ocupa en actividades abstractas de evaluación y que no forman parte de un esfuerzo general que abarque el cambio conductal.

Los conceptos y la evidencia experimental reflejada en los tres puntos que se mencionaron anteriormente sustentan el argumento fundamental del aprendizaje social acerca de que las descripciones y predicciones de la conducta que se basan en la evaluación orientada hacia las muestras tienen un mayor significado y son más precisas que aquellas que surgen a partir de la evaluación tradicional orientada hacia los signos. Para otorgar un mayor apoyo a sus puntos de vista, los defensores del aprendizaje social citan otras tendencias benéficas y datos empíricos.

1 Debido a que los clínicos del aprendizaje social no consideran a los clientes perturbados como personas "anormales" o "enfermas", simplemente se describe su conducta (y hasta se clasifica) en términos objetivos y funcionales y por consiguiente se evita el estigma social que perdura de las etiquetas diagnósticas o de rasgos de la personalidad peyorativos (Ullmann y Krasner, 1975).

2 La calidad de la investigación sobre los mecanismos y efectos de varios tratamientos psicológicos ha aumentado enormemente en función de la incorporación de los procedimientos objetivos, basados en el aprendizaje social, a los diseños experimentales (Paul, 1969a).

3 El significado de los términos que comúnmente se emplean para describir o clasificar los problemas de conducta (tales como "ansiedad", "incompetencia" y "falta de autoafirmación") se ha vuelto más claro y más objetivo como resultado de las estrategias de evaluación del aprendizaje social que vinculan estos términos generales con conductas específicas en situaciones específicas (por ejemplo, Goldfried y D'Zurilla, 1969; Lang, 1968; MacDonald, 1978; Schwartz y Gottman, 1976).

4 Existe un conjunto considerable de evidencia que demuestra que la predicción de la conducta futura es más adecuada cuando se basa en datos de una inferencia baja (por ejemplo, características biográficas, demográficas y conductales objetivas) en contraste con los datos de inferencias más elevadas de rasgos de personalidad o puntajes en las pruebas (por ejemplo, Fulkerson y Barry, 1961; Goldfried

[10] Algunos psiquiatras han comenzado a emplear el Registro orientado en el problema (POR), una aproximación de evaluación que tiene un paralelismo cercano con los procedimientos del aprendizaje social en varios aspectos (Hersen, 1976; Wolf, 1977).

y Kent, 1972; Mischel, 1973). Mischel (1968, p. 135) resumió la investigación conducida sobre este aspecto al señalar que "las conductas pasadas de una persona que están relacionadas a la conducta que queremos predecir tienden a ser los mejores predictores de conducta futura en situaciones semejantes".

A pesar de su amplio atractivo y el valor que ha demostrado el enfoque del aprendizaje social para la evaluación en los contextos clínicos y experimentales, no carece de críticos. Como se puede esperar, los clínicos que no están convencidos con el modelo del aprendizaje social tienden a considerar que la evaluación objetiva de las conductas manifiestas en relación con situaciones ambientales específicas es demasiado limitada y seguramente inadecuada para destapar los diferentes rasgos, dinámica y dimensiones de la personalidad que sus modelos suponen que operan (por ejemplo, Breger y McGaugh, 1965). Sin embargo, también se han propuesto algunas críticas más adecuadas, y muchas de estas provienen del interior del mismo "campo" del aprendizaje social (o de sus cercanías).

La mayor parte de estas inquietudes tienen raíz en el hecho de que la aproximación del aprendizaje social a la evaluación aún se encuentra en una etapa de desarrollo inicial y en cierta medida rudimentaria (Ciminero, 1977; Hersen y Bellack, 1976). Sus métodos específicos son extremadamente diversos y a menudo no tan bien estandarizados o elaborados psicométricamente cuando se les compara con, digamos, las pruebas psicológicas tales como el MMPI (Dickson, 1975; Franks, 1976; Goldried y Linchan, 1977; Wiggins, 1973). Los diferentes practicantes tienden a emplear las evaluaciones del aprendizaje social de una manera bastante inconsistente (Cautela y Upper, 1976; Kanfer, 1972) ya que como otros clínicos que operan sin el beneficio de las fórmulas actuariales formales a menudo dependen de su propio juicio subjetivo para interpretar los datos que recopilan (Wiggins, 1973). Asimismo, a pesar de que la evaluación del aprendizaje social proporciona descripciones excelentes de la conducta que se pueden utilizar como una guía para la planeación del tratamiento, no ha resuelto el interrogante acerca de cuáles son las conductas que constituyen un "problema" y quién establece las definiciones (Hawkins, 1975; Klein, Dittman, Parloff y Gilí, 1969; Mash y Terdal, 1976). Estas críticas revelan muchas de las preguntas sin respuestas que los evaluadores del aprendizaje social aún deben tratar (Goldfried y Sprafkin, 1974).

Se puede disponer de algunas presentaciones más comprensivas y detalladas de la teoría, práctica y los problemas de la evaluación del modelo del aprendizaje social en varios volúmenes recientes (Ciminero, Calhorun y Adams, 1977; Cone y Hawkins, 1977; Haynes, 1978; Harsen y Bellack, 1976; Keefe, Kopel y Gordon, 1978; Mash y Terdal, 1976; Nay, 1979).

La fenomenología y la evaluación Muchas de las objeciones que los teóricos del aprendizaje social han suscitado en cuanto a los conceptos y procedimientos tradicionales de evaluación no se relacionan tan sólo con su inutilidad clínica, teórica o experimental, sino también en la creencia de que las personas no se deben convertir en objetos pasivos de estudio. No se les debe situar en una posición "inferior", examinar como si estuvieran apartadas de su ambiente físico y social, ni agobiar de etiquetas que se enfocan sobre los problemas y las debilidades, y exclu-

yen las capacidades y cualidades. En cuanto a este punto, los modelos del aprendizaje social y fenomenológico están de acuerdo. Sin embargo, en consonancia con su enfoque subjetivo y orientado hacia la relación interpersonal, los clínicos que adoptan el modelo fenomenológico han propuesto opciones para la evaluación que difieren de manera sustancial de aquellas que se bosquejan en la última sección (por ejemplo, Brown, 1972; Dana y Leech, 1974).

Algunos de estos clínicos (por ejemplo, Rogers, 1951) han expresado que están en contra de conducir cualquier tipo de evaluación debido a que estos procedimientos tienen una calidad deshumanizante inherente, les quitan la responsabilidad a los clientes y constituyen una amenaza a la calidad de las relaciones vitales entre los clientes y clínicos. Es poco probable que los defensores de esta posición ni siquiera revisen los datos de evaluación que otros hayan recopilado y procesado. La presuposición que subyace a esta actitud es que todos los conocimientos necesarios surgirán a partir de las entrevistas conducidas de una manera especial. Se describirán las características de estas entrevistas en los Capítulos 5 y 11.

Otros fenomenólogos han promovido la posibilidad de que los datos de evaluación que han sido *recopilados* por medio de las fuentes tradicionales tales como las pruebas de personalidad algunas veces pueden ser útiles clínicamente si se les *procesa* de acuerdo con los principios humanísticos. Por ejemplo, en lugar de tener el hábito de derivar puntajes sumarios o perfiles abstractos de la personalidad, los datos de una prueba pueden considerarse señales de la manera como el cliente percibe el mundo (por ejemplo, Bugental, 1963; Dana y Leech, 1974; May, 1958). De acuerdo con una orientación equivalente, los procedimientos de evaluación tradicional para la recopilación de los datos también pueden proporcionar las oportunidades para que el cliente y el clínico establezcan su relación. Al analizar los datos de la evaluación con el cliente y usar estas interacciones como un punto de partida para la exploración posterior, el clínico no solamente comparte su conocimiento de manera abierta, sino que también delata sus reacciones personales a dicho conocimiento y de esta manera ayuda a poner los cimientos de una sociedad duradera (Dana y Leech, 1974; Fischer, 1970; Mesak y Gushurst, 1972).

Los fenomenólogos que consideran que los instrumentos tradicionales de evaluación no se adecúan de una manera ideal como facilitadores de la relación, han desarrollado las nociones anteriores. Ellos han desarrollado y utilizado instrumentos especializados que consideran que son más eficientes. Estos incluyen algunos cuestionarios como el "Personal Orientation Inventory" (Shostrom, 1968), un "cuestionario existencial de salud mental" (Kotchen, 1960), la prueba del propósito de la vida ("Purpose-in-Life-Test") (Crumbaugh, 1968), y la prueba ¿Quién eres tú? ("Who-are-you?) (Buegental y Zelen, 1950).

Comunicación de los datos de evaluación

Se ha visto que los fragmentos en bruto de la información acerca del cliente deben ser procesados en alguna forma para que se puedan convertir en una información que tenga sentido en términos psicológicos. Sin embargo, aún puede estar limitado el valor de los datos procesados de la evaluación si no se organizan y presentan

de una manera coherente. Esta presentación organizada de los resultados de la evaluación junto con los datos en que se basa por lo general se denomina un *informe psicológico* debido a que, en aquellos tiempos cuando los clínicos solamente tenían funciones de evaluadores, entregaban el fruto de su trabajo a los maestros, psiquiatras y otros profesionales en una forma escrita. Esta forma de "informar" sobre su trabajo aún constituye una parte importante de la Psicología clínica, pero también es cierto que en la actualidad muchos clínicos redactan resúmenes de sus evaluaciones para su propio uso.

En cualquiera de los dos casos, si los resultados de la evaluación han de tener el máximo valor se deben presentar en una forma que sea *clara, pertinente* con el objetivo de la evaluación, y *útil* para el "consumidor" al que se dirige. A menudo es más fácil mencionar los requisitos de un buen reporte que cumplir con ellos, y los clínicos deben cuidarse constantemente de una variedad de problemas que causan que los reportes sean vagos, irrelevantes e inútiles. Para ejemplificar esto, considérese el siguiente "bosquejo de personalidad". No es tan extenso como la mayoría de los reportes de evaluación, pero varias de sus características están relacionadas con el estudio que se desea realizar:

> Usted es una persona que tiene intereses variados, aunque vacíe la mayor parte de su energía en unas cuantas actividades que le son más importantes. En general, demuestra una perspectiva y disposición equilibrada, pero cuando se le frustra puede manifestarse muy molesto. Es espontáneo y expresivo con las personas que conoce bien pero a menudo se guarda muy bien sus sentimientos. Tiene algunos defectos de personalidad de los que usted está bien consciente, especialmente en relación con el trato con las demás personas. Sin embargo, es lo suficientemente persistente como para lograr el éxito en el manejo de estos defectos. Hay momentos en los que se preocupa demasiado. Encontrará que le conviene tomar las cosas como vienen y demostrar más seguridad en su propio futuro. (Vallen, 1956, p. 42).

A primera vista, este bosquejo parece bastante claro, adecuado en cuanto a la descripción de la persona de que se trata, y en general bastante útil. El escrutinio más cuidadoso delatará que no es este el caso. En primer lugar, los términos que se emplean (tales como "perspectiva equilibrada" y "defectos de personalidad") son vagos y pueden significar cosas diferentes para distintos lectores. En segundo lugar, las afirmaciones tienen una aplicación tan general que en verdad no son pertinentes para la descripción de una determinada persona. La combinación de la vaguedad y generalidad del bosquejo lo hace prácticamente inútil como un medio que pudiera aumentar la comprensión de la persona que se describe.

El análisis cuidadoso de los verdaderos reportes de evaluación a menudo pone de relieve los mismo tipos de problemas. A continuación se consideran algunos de estos problemas en términos más particulares y luego se analizarán algunas ideas para su óptimo manejo.

Claridad de los informes La claridad debe ser el primer interés en la preparación de un informe de evaluación, ya que sin este atributo básico ni siquiera se pueden estimar la importancia y la utilidad del reporte. Este es un problema prin-

cipal de toda la comunicación humana (Korsch y Negrete, 1972; Newman, 1974), pero su impacto es especialmente fuerte en la situación clínica debido a que la interpretación errónea de un informe puede conducir a la toma de decisiones equivocadas. Hammond y Alien (1953, p.v) citan un caso valioso relacionado con este aspecto:

> Una joven, con deficiencia mental, fue atendida por un psicólogo con el fin de que se le aplicara una serie de pruebas psicológicas; el psicólogo informó a la agencia de servicio social que el rendimiento de la joven en las pruebas indicaba que ella había obtenido un éxito moderado y que se sentía feliz "al hacer cosas con sus manos." Tres meses después, sin embargo, la agencia le informó al psicólogo que la joven no estaba respondiendo adecuadamente. A pesar de que la agencia había seguido las recomendaciones del psicólogo, la joven ni se sentía feliz ni obtenía éxito "al hacer cosas con sus manos". Cuando el psicólogo preguntó qué tipo de actividad en particular se le estaba pidiendo a la joven que realizara, le respondieron: "Le estábamos dando clases de música con el saxófono."

Esto no era lo que el psicólogo pensaba que sería la actividad indicada para la joven, pero no se había expresado claramente. Existe un problema relacionado cuando el clínico emplea determinada jerga que el lector posiblemente no entienda. Considérese el siguiente extracto de un reporte sobre un hombre de 36 años de edad que citó Mischel (1968, p. 105):

> Los resultados de la prueba acentúan un problema básicamente de tipo caracterológico con defensas histeroides. El impedimento de su habilidad para utilizar de manera adecuada la fantasía independiente y creativa, asociada con una labilidad emocional e ingenuidad, son característicos en él. Tiene dificultad en lograr reprimir sus sentimientos y deseos inaceptables, y está en la posición desafortunada de estar incapacitado para utilizar adecuadamente la fantasía como un control opcional. . . Debido a una estructura de carácter de tipo pasivo-agresivo en forma muy marcada, en la cual las necesidades infantiles de dependencia están en constante lucha con sus tendencias hostiles, no es difícil comprender su conflicto actual sobre la expresión sexual.

Desde luego, es posible que el escritor del reporte sienta que él comprende al cliente; la pregunta es, ¿el lector comprende al escritor? Cualquiera que no sea un perito en la terminología psicoanalitica probablemente se sentiría desconcertado con un informe como el anterior y, como se vio anteriormente, hasta es posible que los colegas profesionales no estén de acuerdo sobre el significado de los términos que se emplearon (véase, por ejemplo, Grayson y Toman, 1950)[11]. Los lectores de los informes psicológicos también subrayan la contribución de los factores que llevan a la falta de claridad en la comunicación tales como una extensión excesiva (o brevedad excesiva), la inclusión de grandes cantidades de información técnica (por ejemplo, índices estadísticos o puntajes esotéricos en las pruebas), y falta de una organización coherente (Olive, 1972; Tallent y Reiss, 1959).

[11]A pesar de que es posible que sea el transgresor más frecuente (Tallent, 1976) la jerga psicoanalitica no es la única que merece crítica en este aspecto. Los escritores de las posiciones del aprendizaje social y fenomenológicas pueden ser igual de nebulosos en la utilización del lenguaje (Hallenstein, 1978).

Relación con las nietas El segundo requisito básico de un informe valioso de evaluación es que debe contener el material que esté *relacionado* con la meta que propició la evaluación en primera instancia. Si la meta era clasificar la conducta del cliente, la información relacionada con un sistema de clasificación tendría gran importancia en el reporte. También sería muy valioso incluir algunas recomendaciones acerca de la clasificación. Si el propósito de la evaluación fuera la descripción de las ventajas y desventajas biológicas, psicológicas, conductuales o ambientales del cliente, el informe o resumen debería contener este tipo de descripción. De una manera semejante, cuando se desea una predicción del cliente, el reporte de evaluación debe intentar proporcionarla, de ser posible. Si se requieren opiniones, recomendaciones, sugerencias o hasta especulaciones documentadas, éstas deben presentarse en el reporte, a no ser que el clínico crea que no existe una base razonable para emitirlas.

Estas prescripciones son sencillas y casi obvias, pero especialmente en el caso de que el informe del clínico sea para alguna otra persona, los objetivos de la evaluación se pueden perder de vista en algunas ocasiones. A menudo este fenómeno se puede deber a que jamás se establecieron las metas específicas. A pesar de que hoy en día ya no es tan común el procedimiento de solicitar a un psicólogo que informe los "aspectos psicológicos" (que por lo general implica la aplicación de una batería de pruebas) sin que se le explique el motivo de la evaluación, aún se lleva a cabo esta práctica. Las probabilidades de redactar un informe importante bajo estas circunstancias son mínimas. Existe un problema semejante cuando el propósito de la evaluación se expresa en términos vagos tales como: ¿Esta mujer es capaz de lograr una buena adaptación fuera del hospital?" Hasta que no tenga conocimiento, el evaluador de lo que significan los términos de "buena", "adaptación" y se entere de manera precisa en dónde está ese lugar denominado "fuera del hospital", es posible que el informe no se relacione con la meta de la evaluación.

Sin embargo, desafortunadamente, existen algunos casos en los cuales el hecho de que un informe no se relacione con la meta de la evaluación se deba principalmente a que el clínico olvida tener en mente y de manera clara los objetivos de la evaluación. Cuando esto sucede, es posible que el informe refleje más los prejuicios teóricos y el estilo del evaluador que de la conducta del cliente. Filer (1952), Hammer y Piotrowski (1953), y Robinson y Cohén (1954) han documentado con sus publicaciones la influencia que ejercen los problemas personales y las percepciones del clínico sobre sus informes

Utilidad de los informes Por último, la utilidad de un informe o resumen de evaluación se debe averiguar. ¿La información que contiene el informe en verdad contribuye a aumentar algo particular e importante para el conocimiento que ya se tiene sobre el cliente? Es completamente posible que un informe contenga información que sea expresada de una manera muy clara y que posea una relación directa con las metas de la evaluación, pero que ya era disponible a través de otras fuentes. O también es posible que al principio un informe *parezca* útil, pero que en realidad tenga escaso valor. Por lo general, estos dos tipos de informe inútiles se igno-

ran, pero a menudo aún se escriben (por ejemplo, Dailey, 1953; Hartlage, Freeman, Horine y Walton, 1968; Meehl, 1960; Mintz, 1968 Storrow, 1967; Thorne, 1972).

En algunos informes aparecen problemas principalmente debido a que el evaluador (1) no recopiló y procesó la información que fuera útil o (2) no formuló interpretaciones útiles acerca de los datos que tenía disponibles. En el primer caso, el clínico pudo haber empleado técnicas de recopilación de la información que califican bajo en lo que Sechrest (1963), llama *validez incremental.* Por ejemplo, un informe puede concluir sobre la base de que un cliente "tiene grandes tendencias hostiles y un control muy débil sobre ellas." Si el cliente ya fue condenado como un asesino que mataba con hacha, la información anterior no incrementa el conocimiento y es inútil en términos funcionales, excepto como una confirmación de algo que ya se sospechaba como muy probable.

En otros casos, es posible que la utilidad del informe de un evaluador sea limitada por la simple razón de que no diga algo más particular o notable que lo que se esperaría con base en su experiencia general pasada, lógica o de "sentido común". Uno de los aspectos de este punto se ha denominado "el problema de la tasa inicial"[12] (base-rate-problem) y se refiere al hecho de que ciertos tipos de factores por lo general son atribuibles a ciertos tipos de clientes (por ejemplo, los profesores universitarios leen mucho) y que, si un informe no proporciona algún tipo de información que trascienda estas tasas iniciales conocidas, entonces no es útil.

Sundberg, Tyler y Taplin (1973, pp. 577-579) ofrecen un ejemplo dramático acerca de la forma cómo el conocimiento de las tasas iniciales de una determinada población puede facilitar la creación de informes impresionantes aunque a menudo inútiles. Un clínico escribió el siguiente informe *sin quejamos hubiera visto al cliente.* En otros casos el contenido del siguiente informe a menudo es bastante particular, pero en esta ocasión todo el informe se basó completamente en dos datos: (1) el cliente acaba de ser admitido en el hospital de la Administración de veteranos ("Veterans Administration Hospital") y (2) se discutiría el caso en la sesión de una convención titulada "Un estudio de caso de esquizofrenia". De acuerdo con la forma como se editó el informe su contenido fue:

> El veterano abordó la situación de prueba con alguna reticencia. Se mostró cooperador con el clínico, pero también fue moderadamente evasivo con algunas partes del material. Tanto las pruebas como su historia pasada sugieren un manejo bastante inadecuado de las relaciones interpersonales, en particular con los miembros de su familia. Es dudoso que alguna vez haya tendió una relación cercana con alguien. . . Jamás ha podido "echar raíces" firmes. Es inmaduro, egocéntrico e irritable, y con frecuencia percibe de manera equivocada las buenas intenciones de quienes le rodean. . . Tiende a ser básicamente pasivo y dependiente, aunque hay momentos ocasionales de resistencia y rebeldía en contra de los demás. . . En cuanto a la vocación, su adaptación ha sido muy pobre. La mayor parte del tiempo ha cambiado de un trabajo a otro sin rumbo. Sus intereses son muy superficiales y tienen una motivación pobre en su trabajo. También tiene

[12]Estas publicaciones norteamericanas populares tienen una calidad baja y un contenido trivial; equivaldrían en español a "Informe del salón de belleza tal", o de Informe de "Lágrimas y risas" (Nota del traductor y del R.T.)

dificultad para mantener un empleo fijo debido a que le cuesta trabajo llevarse bien con sus compañeros de trabajo. A pesar de que ha tenido algunas relaciones con las mujeres, para él su vida sexual ha sido insatisfactoria. Actualmente, se encuentra deprimido con moderación... Tiene una inteligencia muy cerca de lo normal, pero está funcionando por debajo de su capacidad... Los resultados de las pruebas y la historia de caso... sugieren el diagnóstico de reacción esquizofrénica, de tipo crónico indiferenciado. El pronóstico para la respuesta al tratamiento parece ser pobre.

Para escribir este "informe" el clínico se apoyó enormemente en su conocimiento general acerca de los residentes del hospital de veteranos y su familiaridad con los procedimientos del hospital. Por ejemplo, presupuso que el paciente manifestaba una considerable complejidad psicológica debido a que se había solicitado que se le aplicara una batería de pruebas. Se supone que en un caso "claro y sencillo", no se refiere el paciente a un estudio psicométrico. Además, debido a que se iba a examinar el caso en una sesión sobre la esquizofrenia y a que los diagnósticos de esquizofrenia son muy comunes en los residentes del hospital de veteranos, no fue difícil conjeturar cuál sería la etiqueta correcta de clasificación. Por último, ya que por lo general se considera que determinadas características (por ejemplo, la insuficiencia de las relaciones interpersonales) se encuentran típicamente en los esquizofrénicos, se podrían incluir estos factores con un alto grado de confianza. De hecho, el reporte que escribió el clínico que realmente entrevistó al cliente para la evaluación se asemejó en gran medida al informe de "tasa base" (Sundberg, 1977).

Este documento falso ejemplifica otro rasgo común de las comunicaciones por escrito de las evaluaciones, que tiende a reducir su utilidad: la sobregeneralización o la tendencia a escribir en términos que son tan genéricos y ambiguos que pueden ser ciertos de casi cualquier persona. Un clínico conocido por el autor llama a este fenómeno "el arte de hacerlo de una manera vaga". A los documentos que se encuentran llenos de afirmaciones extremadamente generales se les ha bautizado con "Barnum Reports", "Aunt Fanny Reports" o "Madison Avenue Reports"[12] (Klopfer, 1960; Meehl, 1956; Tallent, 1958). Su estilo es muy semejante al del bosquejo de personalidad que se presentó al principio de esta sección. Como el reporte de tasa base, la información demasiado general tiene la desventaja doble de que aumenta de manera espuria la aceptación e impresión que provoca el reporte al mismo tiempo que en realidad disminuye su utilidad. Aun cuando es posible que el bosquejo de personalidad con un estilo que sirve para todos los propósitos no parezca obviamente desprovisto de valor, se ha demostrado que muchos informes de este tipo son aceptables y valorados por los consumidores profesionales y no profesionales de informes (por ejemplo, Delprato, 1975; Forer, 1949; Greene, 1977; Snyder, 1974; Snyder y Larson, 1972; Snyder, Shenkel y Lowery, 1977; Stagner, 1958; Sunberg, 1955; O'Dell, 1972; Ulrich, Stachnik y Stainton, 1963).

Presentación de los datos de evaluación Si lo expuesto anteriormente ha producido la impresión de que la elaboración de reportes y resúmenes de evaluación requiere de un gran cuidado, ha cumplido con su propósito. Los clínicos constantemente se van a enfrentar con los problemas que se han presentado de

una manera esquemática. A menudo son afortunados en esta empresa; algunas veces no lo son. A pesar de que no existe una forma exclusiva y "correcta" para presentar los datos de evaluación en todos los casos, existen algunas pautas que merecen atención.

En primer lugar, desde luego, está la advertencia de cumplir con los criterios de claridad, importancia y utilidad. Esto se puede facilitar a través del uso de algún tipo de esquema. Probablemente se organizarán las características específicas de este esquema en función de los temas y puntos que el clínico juzga que son los más importantes en un sentido teórico y (de manera ideal) que tengan una mayor relación con la meta de la evaluación. De hecho, a menudo el esquema del informe no es otra cosa más que una reorganización de los temas que originalmente orientaron el proceso de la evaluación; se elabora con el propósito de que la manera cómo cubra cada uno de esos puntos corresponda con su importancia y se lleve a cabo con una secuencia lógica y comprensible para el lector. Como se demuestra en el Cuadro 4-6, la cantidad de los temas que se pueden abordar es grande y se basa en la teoría que emplea el clínico. Si se comparan los esquemas de los informes de dos clínicos cualesquiera, se pueden encontrar pequeñas o grandes diferencias que dependen de sus orientaciones teóricas y preferencias personales. Sería imposible ofrecer ejemplos de todos los posibles esquemas de informe de tal forma que solamente se considerarán unos cuantos representantes de cada uno de los tres modelos principales de la psicología clínica. También se presentarán algunos ejemplos directos de los informes o resúmenes que se pueden basar en cada uno de los esquemas.

Un informe psicodinámico El siguiente esquema de una orientación psicodinámica es una versión publicada de un esquema que empleó Tallent (1976, pp. 121-122) para formular su informe de evaluación sobre un joven que había tenido tropiezos con la ley debido a sus actividades de robos y elaboración de boletos falsos:

I Los conflictos
- **A** Autopercepción
- **B** Metas
- **C** Frustraciones
- **D** Relaciones interpersonales
- **E** Percepción del ambiente
- **F** Pulsiones, dinámica
- **G** Catexias emocionales
- **H** Controles emocionales

II El valor del estímulo social
- **A** Habilidades cognitivas
- **B** Factores conativos
- **C** Metas
- **D** Papel ("role") social

III El funcionamiento cognitivo
- **A** Deficiencias

Cuadro 4-6 Lista incompleta de los temas y puntos potenciales que se pueden emplear al organizar los reportes y resúmenes de evaluación

Logros	Controles intelectuales
Agresividad	Nivel intelectual
Tendencias antisociales	Intereses
Ansiedades	Relaciones interpersonales
Aptitudes	Habilidades interpersonales
Actitudes	Estilo de vida
Aversiones	Conducta moral superficial
Conciencia	Necesidades
Factores históricos	Perspectiva
Problemas conductuales	Percepción del ambiente
Factores biológicos	Percepción de si mismo
Funcionamiento "cognitivo	Consecuencias personales de la conducta
Habilidades cognitivas	Prospectos de trabajo
Estilo cognitivo	Psicopatología
Eficiencia	Necesidades de rehabilitación
Factores conativos	Prospectos de rehabilitación
Conflictos	Sentimientos
Contenido de la conciencia	Sexo
Defensas	Identidad sexual
Deficiencias	Papel sexual
Factores de desarrollo	Figuras significativas
Consideraciones diagnósticas	Factores situacionales
Pulsiones, dinámica	Consecuencias sociales de la conducta
Catexias emocionales	Papel social
Controles emocionales	Valor de estímulo social
Emotividad	Estructura social
Fijaciones	Cualidades especiales
Flexibilidad	Estados de sentimientos subjetivos
Frustraciones	Síntomas
Metas	Prospectos de tratamiento
Hostilidad	Sistemas de valores
Identidad	Aspectos vocacionales

Fuente: Norman Tallent, *Psychological ñeport Wríttng,* © 1976, p. 114. Reimpreso con et permiso de Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.

B Psicopatología
IV Las defensas
A Negación
B Estrategias interpersonales
C Fantasía

El informe que se basa en este esquema se presenta en el Cuadro 4-7.

Un informe del aprendizaje social Pomeranz y Goldfried (1970) describen un esquema para el resumen de un informe de evaluación que es bastante representativo del modelo del aprendizaje social. A continuación se presenta una versión que fue publicada:

Cuadro 4-7 Un ejemplo de un informe de evaluación basado en un esquema de orientación psicodinámica

Este hombre se puede comprender fácilmente en términos de su aproximación a la vida extremadamente pasiva y dependiente y sus intentos por sobreponerse al estado profundamente infeliz que sus limitaciones de personalidad le producen.

El señor A. no se siente muy adecuado como persona; esta actitud se desarrolló a través de experiencias de fracaso continuo tanto en términos de sus propias metas como por medio del reforzamiento de los demás. De hecho, es muy probable que su relación con su padre sea el motivo básico de ese sentimiento. El paciente considera a esta persona como un individuo frió, rechazante, castigante y al que no se le puede acercar. Tiene un impulso por rebelarse y luchar en contra de esta persona, un impulso que ha generalizado a toda la sociedad, pero teme dar vuelo a sus impulsos. El apoyo emocional, aunque posiblemente mínimo, que sí recibe (recibió) es por medio de la madre.

De acuerdo con el juicio que las demás personas se forman de él, posee la capacidad esencial para tener éxito si solamente lo intentara. Obtiene un puntaje de nivel promedio en una prueba de inteligencia (Cl: 106), puede aprender rápidamente, cuando lo desea, y en algunas ocasiones puede tener una ejecución extremadamente rápida y eficiente. Sin embargo, por lo general no hace esfuerzos para tomar ventaja de esta calidad. Su voluntad y hasta en algunas ocasiones su deseo por realizar una actividad de manera efectiva fluctúa en tal forma que a la larga no se le podría considerar una persona constructiva o responsable.

Su funcionamiento también implica otras deficiencias de personalidad. En situaciones de tensión o cuando debe enfrentar determinados problemas difíciles, se bloquea, confunde y vuelve indeciso. Su pensamiento no muestra suficiente flexibilidad para manejar estas situaciones y por consiguiente se le considera poco adaptable y sin espontaneidad.

Lo inapropiado que se siente el señor A. le produce sentimientos de inferioridad con respecto a los demás. Como si tratara de darse apoyo a sí mismo en este sentido, a menudo durante el examen psicológico hace comentarios acerca de que "es como todas las demás personas". Su sentimiento de inferioridad incluye el área sexual, donde se encuentra bastante confundido acerca de su masculinidad. Es probable que uno o varios problemas sexuales hayan contribuido a su sentimiento de fracaso, aunque de manera que se puede comprender fácilmente, lo niega e indica que ha tenido una vida sexual satisfactoria "igual que todas las demás personas".

Sin embargo, rara vez experimenta el efecto absoluto de sus fracasos. Se protege a sí mismo por medio de la negación de muchos de los hechos de la realidad, ocultando a nivel inconsciente muchos hechos acerca de sí mismo y los demás mediante una actitud, general de que "no sabe" una actitud de ingenuidad. Le es difícil tomar medidas correctivas acerca de sí mismo debido a que no se comprende a sí mismo ni comprende sus acciones, ni reconoce la naturaleza de sus problemas. Como ya se expresó, se trata de una persona infeliz, pero él no reconoce este hecho de la manera adecuada ni da la impresión a los demás de estar deprimido. Sin embargo, en varios momentos es posible que este factor de su conducta le resulte desafortunado tanto personal como socialmente.

La inseguridad personal de este hombre le obliga a mantener una orientación receptiva con las demás personas. Debe tener amistades que le proporcionen apoyo. Para lograrlo se presenta a sí mismo con matices positivos y correctos, trata de decir las cosas de una forma "correcta" y hasta hacerse aceptable y generoso. Le es importante producir el efecto "correcto" (deseado) y puede recurrir a la conducta dramática con tal de lograrlo. Las "amistades" le son tan importantes que a veces considera que debe soportar ciertos abusos con tal de no perderlo. Siempre debe guardarse la expresión hostil.

Pero quizá obtenga la mayor satisfacción a través de la fantasía. Sueña en lograr el "éxito" (su expresión); en acumular la suficiente cantidad de dinero de tal forma que a los 35 años se pueda jubilar y disfrutar de las comodidades del mundo sin esfuerzo alguno. De acuerdo con su fantasía es totalmente independiente de las figuras de autoridad, puede expresar de manera abierta la agresión que por lo general se contiene, e insultar a la sociedad. No tiene pensamientos positivos acerca de las reglas sociales (aunque es posible que exprese lo contrario), pero se preocupa cuando se le llama la atención por hacer algo indebido, y es posible que su interés no resida tanto en el castigo real que puede recibir, cuanto en la forma cómo "se vería" si alguien supiera que hizo aquello que teme. No extraña que sea una presa fácil para verse enredado en un plan para obtener el "dinero de una manera fácil".

Fuente: Norman Tallent, *Pychological Repon Writing,* © 1976, pp. 121-122. Reimpreso con permiso de Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.

I Descripción de la apariencia física del cliente y su conducta durante la evaluación
II Problemas que presenta
- **A** Naturaleza de los problemas
- **B** Trasfondo histórico de los problemas
- **C** Determinantes situacionales actuales de los problemas
- **D** Variables organísmicas importantes
  - **1** Estados fisiológicos
  - **2** Efectos: de medicamentos
  - **3** Determinantes cognitivos de los problemas
- **E** Dimensiones de los problemas
  - **1** Duración
  - **2** Penetración
  - **3** Frecuencia
  - **4** Magnitud
- **F** Consecuencias de los problemas
  - **1** Positivas
  - **2** Negativas

III Otros problemas (observados por el evaluador, pero no expresados por el cliente)
IV Cualidades personales
V Metas para el cambio
VI Tratamientos que se recomiendan
VII Motivación del cliente para el tratamiento
VIII Pronóstico
IX Prioridad para el tratamiento
X Expectatividad del cliente
- **A** Acerca de la solución de los problemas específicos
- **B** Acerca del tratamiento en general

XI Otros comentarios

La utilización de este esquema para formular un resumen de la evaluación de un estudiante universitario produjo el documento que se presenta en el Cuadro 4-8. Cabe hacer notar que, aunque este ejemplo en particular es bastante breve, los resúmenes y los reportes del aprendizaje social a menudo entran en muchísimos más detalles.

Un informe fenomenología) De acuerdo con su aproximación sumamente flexible y subjetiva y con su desconfianza general de la evaluación formal, los clínicos con una orientación fenomenológica no han ofrecido esquemas específicos que pueden guiar sus posibles informes o resúmenes. Por consiguiente, llegan a redactar informes bastante extensos que se basan en un marco de referencia muy general como el siguiente:

I El cliente desde su propio punto de vista
II El cliente como se refleja en las pruebas
III El cliente de acuerdo a cómo lo percibe el evaluador

Cuadro 4-8 Ejemplo de un resumen de evaluación basado en un esquema del aprendizaje social

Comportamiento durante la entrevista y descripción física:

Jaime es un joven que se presentó a la entrevista inicial con la barba bien rasurada, el cabello largo con un atuendo universitario bien combinado: pantalones de mezclilla, cinturón ancho, camisa abierta y sandalias. Se manifestó como una persona tímida con una voz baja, y con algunos tropiezos menores en el habla. A pesar de que estaba nervioso durante la mayor parte de la sesión, no obstante habló de manera abierta y candida.

Problema que presenta:

A. *Naturaleza del problema:* Ansiedad al hablar en público y en otras situaciones en las que al guien lo está evaluando.

B. *Acontecimientos del ambiente histórico:* Jaime nació en Francia y llegó a este país hace siete años; a su llegada experimentó un problema social y de lenguaje. Había tenido una cantidad mínima de contactos sociales hasta que ingresó en la universidad donde un amigo suyo socialmente agresivo le ayudó a que rompiera su cascarón. Jaime describe a su padre como una perso na exageradamente crítica y perfeccionista que, en ocasiones, rompía su tarea si consideraba que no estaba bien hecha. Presenta una imagen de su madre como una persona dominante y muy afectuosa quien siempre se ha mostrado interesada en el bienestar de su hijo. Los padres conti nuamente comparaban a Jaime con su hermano menor, que es un buen estudiante, y le decían que el hermano era mucho mejor que él.

C. *Determinantes situacionales actuales:* Interacciones con los padres, exámenes, reuniones fami liares, participación en clase, contactos sociales iniciales.

D. *Variables organísmicas relevantes:* Parece que el cliente se presenta a una variedad de si tuaciones con ciertas expectativas irracionales, principalmente con esfuerzos poco realistas por obtener la perfección y un deseo desbordante por obtener la aprobación de las demás personas. Actualmente no está, tomando medicamentos.

E. *Dimensiones del probioma:* La ansiedad social y evaluadora del cliente ya se ha presentado por mucho tiempo y ocurre en una amplia variedad de situaciones cotidianas.

F. *Consecuencias del problema:* Su nivel crónico de ansiedad le produjo una úlcera que fue opera da a la edad de 15 años. Además, ha tenido erupciones en manos y brazos, supuestamente debi do a una sudoración excesiva. Informa que en el pasado su nerviosismo lo hizo tartamudear, pero actualmente esto ya no es un problema importante. Por lo general, su ansiedad en las situaciones de exámenes ha interferido en su habilidad para lograr buenos resultados.

Otros problemas:

A. *Autoafirmación:* A pesar de que obviamente es un individuo tímido y retraído, Jaime dijo que la falta de autoafirmación ya no es un problema para él. En el pasado en alguna ocasión, sus amigos tomaban ventaja de él, pero dice que esto ya no sucede. Se debe efectuar un seguimiento de este aspecto, ya que no es muy claro lo que el término "autoafirmación" significa para él.

B. *Descuido:* El cliente reporta que a menudo no cumple con sus citas, no sabe en dónde deja las cosas, cierra con llave la puerta de su habitación, dejando las llaves adentro y por lo general es ol vidadizo y despistado.

Cuadro 4-8 Ejemplo de un resumen de evaluación basado en un esquema del aprendizaje social (continuación)

Cualidades personales:

El cliente es algo brillante y se manifiesta como una persona cálida, amigable y sensible.

Metas para la modificación:

Autoverbalizaciones poco realistas en las situaciones sociales en que se le evalúa; posiblemente algunas deficiencias conductales asociadas con la falta de autoafirmación; y el "descuido".

Tratamiento que se recomienda:

Parece que una buena forma para empezar sería el entrenamiento en la relajación, especialmente desde el punto de vista del nivel alto de ansiedad del cliente. Después de esto, el tratamiento debería realizarse de acuerdo con los lineamientos de la reestructuración racional, y posiblemente el ensayo conductal. Aún no es claro cuál sería la mejor estrategia para manejar el "descuido".

Motivación para el tratamiento:

Alta.

Pronóstico:

Muy bueno.

Prioridad para el tratamiento:

Alta.

Expectativas:

En algunas ocasiones, especialmente cuando invitaba a salir a una chica, Jaime tomaba la mitad de un somnífero para tranquilizarse. Quiere dejar de hacer esto y considera que necesita aprender a tolerar y controlar sus ansiedades por sí mismo. Parece que estará muy receptivo a cualquier plan de tratamiento que elaboremos, en especial si se le da una mayor importancia al autocontrol de la ansiedad.

Otros comentarios:

Si se tiene en cuenta el poco tiempo que queda para que se concluya el semestre, se debe subrayar la importancia de las tareas entre cada sesión de tratamiento como un aspecto fundamental del proceso del cambio conductual.

De *Clinical Behavior Therapy* por M.R. Goldfried y G.C. Davison. Copyright í) 1976 por Holt, Rinehart y Winston. Reimpreso con el permiso de Holt, Rinehart y Winston.

Un ejcnplo de un informe organizado de esta manera fenomenológica se presenta en el Cuadro 4-9. Obsérvese que, a pesar de que el clínico aplicó algunas pruebas, los datos que se derivan de éstas se formulan en el reporte en términos subjetivos.

Cuadro 4-9 Ejemplo de un resumen de evaluación basado en un esquema fenomenológico

---

Referencias generales. El pasado enero Darrell, de 24 años, y su compañero fueron arrestados en New Jersey debido a que pedían el reembolso de varios artículos que simplemente habían tomado de los estantes. De esta manera juntaron de $100 a $200 cada día durante varios meses. Después de pasar un par de meses en la cárcel, en marzo se les dio libertad bajo protesta. Los señores Holderin desean que su hijo entre en psicoterapia con la esperanza de que se le proporcione alguna ayuda personal y evite mayores incidentes delictivos.

A su vez, el psiquiatra con el que se pusieron en contacto solicitó una evaluación psicológica general antes de decidir iniciar la psicoterapia. En particular le interesa la posibilidad de un funcionamiento esquizoide, especialmente como podría manifestarse en el Rorschach, así como las cualidades intelectuales de Darrell.

Fecha de la evaluación: 5-6-74 *Fecha del informe:* 5-12-74

Oportunidades de la evaluación: Entrevista extensa, Bender-Gestalt, Weschler Adult Intelligence Scale (parcial), Rorschach, Thematic Apperception Test, dibujos humanos y discusión mutua de mis impresiones.

Apariencia inicial: Darrell se presentó puntualmente en mi oficina. Vestía un traje de moda, de saco cruzado, una corbata blanca ancha de seda y blusa de seda con mancuernillas. Llevaba muy bien este atuendo y de hecho me dio la impresión de una persona elegante y juvenil. Después de esperar a que se le indicara el lugar donde haríamos la entrevista, me explicó de manera apacible que necesitaba obtener cambio de un billete de $10 dólares para depositar las monedas necesarias en el estacionanómetro. Las secretarias, los estudiantes y yo tratamos de conseguir el cambio mientras él aguardaba de manera amable e indiferente. Cuando escribió el cheque de mis honorarios, añadió los cuarenta centavos que yo le había ofrecido.

Una vez en mi oficina, Darrell aún se manifestaba muy tranquilo. De una manera informal pidió permiso para fumar, sugirió que se le abriera la ventana y se quitó el saco. Con excepción de las ocasiones en que debió realizar tareas escritas, se veía con el cuerpo relajado. Posteriormente, con una sohrisa mencionó que su ídolo es Alexander Mundy del programa de televisión "To Catch a Thierf" (en castellano, "Pescar un ladrón"), un actor joven bien parecido, conquistador de damas, que se viste al último grito de la moda, con gustos por las diversiones caras, entusiasta de automóviles deportivos, hombre con estilo y un extraordinario ladrón. Darrell comentó que estas aspiraciones "no eran realistas" *y* que se había divertido mucho en tratar de aproximárseles en su aventura fracasada recientemente.

Hacia el final de nuestro encuentro, esta apariencia tranquila destacó a medida que contaba sus historias favoritas de terror, bromeaba continuamente y dibujaba porciones de caricaturas bufonescas. También compartió de manera sincera sus ambiciones educativas conmigo y me pidió que lo aconsejara. Lo encontré un joven muy fácil para relacionarse y muy agradable, algo así como una maestra que le señala a un estudiante que se porta bien problemático pero encantador.

Darrell de acuerdo con su imagen de sí mismo: Como se mencionó, el tema de Alexander Mundy ejerce mucho poder sobre Darreu y a menudo obtiene éxito en su ejecución. Cuando tiene el dinero suficiente, cena muy bien y bebe muy buen vino. Hasta tiene un tipo de automóvil deportivo (un Karman Ghia). Y como Mundy, solamente tiene unos cuantos amigos del sexo masculino, pero obtiene gran éxito en sus relaciones con las mujeres. Aunque se "desmoronaría" si viera a una chica llorar debido a que las había lastimado, por lo general dice mentiras para obtener lo que desea y no ve nada de malo en ello. De cualquier forma, todas las chicas son falsas, a excepción de una que conoció después de salir de la cárcel. Darrell siente que no puede ilusionarse con ella y ni siquiera desea hacerlo. Ella es honesta y le gusta Darrell en verdad. Hasta lo invitó que lo acompañara a "Atlantic City" con sus padres: "¡Nadie jamás ha hecho esto por mi!" Pero no se casará

Cuadro 4-9 Ejemplo de un resumen de evaluación basado en un esquema fenomenológico (continuación)

hasta dentro de tres años, cuando esté seguro de que su condena criminal (de la que ella aún no se entera) no los dañe a ninguno de los dos.

Regresemos al estilo Mundy. Hasta en la primaria a menudo se consideraba que Darrell era un niño que le gustaba causar problemas y meterse en líos y que no respondía a sus capacidades. Darrell no estaba dispuesto a platicar acerca de estos años de su vida, pero si platicó de un recuerdo tormentoso que tenía de una directora que lo castigaba y le decía en lo que se iba a convertir. Se sintió mal cuando supo que ella había muerto hacía pocos años. Pero la mayor parte del tiempo Darrell se centra en sus logros. Por ejemplo, le es fácil conseguir un trabajo detrás de otro, y en una ocasión obtuvo una licencia de ausencia del trabajo al inventar un relato bastante complicado acerca de una intervención quirúrgica muy seria que supuestamente le practicarían en la Clínica Mayo. Y, ya que no le atrae la rutina de "dése prisa, ahora espere" del servicio militar, ni extraña a sus amigos y vieja vida, Darrell esperó los seis meses requeridos antes de solicitar darse de baja por razones psiquiátricas lo cual él considera sería una forma muy elegante y honorable. Cree que realmente logró engañar a un médico, quien reportó que tenía una gran tendencia a los "arranques impulsivos". Darrell reconoce que se siente orgulloso de estas conductas así como de sus asaltos recientes, si no hubiera sido por culpa de su compañero jamás los hubieran descubierto. Pero sí pone especial interés en que no quiere que ninguna otra persona se entere de su delito, y se sentiría estúpido si tomara el riesgo de hacer algo por lo que lo pudieran detener. También sospecha que lo que hizo fue una cosa inmadura, una idea repugnante.

Darrell a través de las pruebas: Darrell se sometía inmediatamente a la tarea que les solicitaba que llevara a cabo, con el propósito de producir el efecto de ocultar, en parte lo que yo tomé como incomodidad e inseguridad acerca de su habilidad, ya que con frecuencia me miraba de reojo. Cuando se le pidió que copiara los diseños del *Bender,* se tomó casi la mitad del tiempo que la mayoría de la gente acostumbra. Comenzó por contar de una manera muy cuidadosa los puntos de lámina, pedir otras instrucciones, etc., pero terminó por trazar un número equivocado de puntos o dibujar una figura en la dirección contraria. Como se percató de mi aceptación, simplemente hizo un gesto de reproche por su error y no lo trató de corregir. Ya que no planeaba con anticipación, a menudo le faltaba espacio. Cuando le mencioné estas cosas y le pregunté si tenía algún parecido con otros aspectos de su vida, Darrell rápidamente y mostrando cierto deleite estuvo de acuerdo. Los ejemplos fueron el ser arrestado por la ley, no estar más adelantado en la vida a su edad, e impaciencia con todos los tipos de empleo que ha tenido (de mensajero a vendedor de ropa).

En la sección de información del *WAIS,* noté la forma rápida con la que habla Darrell, en este caso, sin pausas como muchos tipos de calificadores, protestas, aproximaciones rápidas, y peticiones de ser retroallmentado. Aquí obtuvo un puntaje promedio. Reconoció que tiene un estilo típico cuando una tarea no le es intrínsecamente interesante o cuando no le permite que él invente sus respuestas. "Nunca fui bueno para las matemáticas, la química o los idiomas." Y como se pudiera predecir, cuando se le pidió que repitiera una serie de dígitos, Darrell no obtuvo un puntaje mayor que el promedio; trataba de memorizar los dígitos, pero a menudo casi los escupía como si deseara que todos cayeran en su lugar. Estuvimos de acuerdo en que se conduce de una manera semejante cuanto trabaja con su padre. Es más, la situación se vuelve exagerada cuando Darrell responde a los regaños de su padre con una mayor negligencia.

En la mayor parte *delñorschach,* Darrell corría a una alta velocidad: daba respuestas y elaboraciones rápidas, volteaba las láminas y se detenía de una manera abrupta cuando terminaba de dar aproximadamente tres respuestas a cada lámina. La mayoría de sus percepciones implicaron movimiento, por ejemplo, "escorpiones luchando, personas bailando en una fiesta de disfraces, unos hombres corriendo en competencia para pedirle un baile a la chica. Policías gritando. Yo voy primero; no, yo voy primero, unos hombres peleando en un duelo, una lucha violenta, una bomba atómica, dinosaurios voladores. Además, Darrell unía éstas percepciones con entusiastas repeticiones de cuentos y películas de terror de la televisión e historietas de ciencia ficción. Cuando yo le sugerí que quizá está orientado a la acción, él estuvo rápidamente de acuer-

Cuadro 4-9 Ejemplo de un resumen de evaluación basado en un esquema fenomenológico (continuación)

do y ofrecía un mayor número de ejemplos en los que él había actuado sin pensar. Entre estos estuvo lo que él llamó regresar un golpe de manera "instintiva" cuando alguien te anda fastidiando a golpecitos. Negó que haya tenido otro tipo de pleitos. Cuando yo le señalé que una gran parte de las acciones del Rorschach parecían de naturaleza competitiva, no le vio relación alguna con su vida, ya que por el contrario y como un ejemplo, él no compite porque las chicas que el desea, primero lo escogen a él. No obstante, yo tengo la impresión de que él está luchando de una manera muy vaga por ser el primero, con el objeto de que no se le menosprecie o aplaste.

Con respecto a las narraciones del *TAT,* yo le comenté a Darrell que sus historias (de nuevo expresadas muy rápidamente) por lo común eran adaptaciones directas de los relatos de la televisión, novelas y películas. Él negó ver ahora estas películas, y no podía "coincidir" con mi observación acerca de que no había personas, reales ni implicaciones actuales y poco calor interpersonal. Pero sí repitió que tiene pocos amigos y que la mayoría de las chicas son falsas. Dicho esto, en la lámina en blanco él pintó un retrato de Annette (su nueva novia, de 18 años) y de él en un hermoso campo, los dos solos únicamente escuchando música, y mirando las montañas. "Suena infantil, pero yo los disfruto."

Conclusión: En respuesta a la pregunta de referencia, no hay evidencia de pensamiento autista. A pesar de que existe un panorama disocial general, definitivamente no tiene proporciones de tipo esquizoide. Además, Darrell comienza a permitirse establecer relaciones más cercanas por los menos con Annette y su padre, aunque éstas sean temporales. Y en determinadas circunstancias no confrontativas, como algunos momentos en nuestra sesión de evaluación, le ha sido posible manifestar y explorar algunos afectos. Por lo tanto, a pesar de que había ciertas semejanzas con un "funcionamiento de tipo esquizoide", de una manera más constructiva se puede considerar que está viviendo una adolescencia extendida. Sospecho que la terapia debería fomentar que atraviese determinadas secuencias del desarrollo y apoyarlo también en algunas dificultades actuales. Según mi punto de vista, de esta manera podría volverse más íntimo y sensible en sus relaciones con las demás personas.

Para cualquier motivo que pueda servir, deseo señalar un problema que *yo* podría tener en una relación extensa con Darrell, un problema que considero que en repetidas ocasiones él ha experimentado. Su encanto y atractivo probablemente le hagan ganarse a la gente hasta que los decepciona al huir o no regresarles su afecto. Entonces se le ignora o regaña; ambas cosas le demuestran de nuevo que las personas son falsas y que no hay amigos verdaderos. Así pues, de nuevo sale a imitar a Mundy sin preocuparse de las consecuencias de que sus acciones pueden ocasionarle a otras personas.

Fuente: Norman Tallent, *Psychological ñeport Writing,* <P 1976, pp. 221-225. Reimpreso con el permiso de Prentice Hall, Inc., Englewood Clilfs, New Jersey.

Se pueden encontrar varios análisis más detallados de las técnicas y los problemas que se asocian con la elaboración de los informes clínicos de evaluación en los artículos y libros de Fester (1951), Hammond y Alien (1953), Klepfer (1960) y Tallent (1956, 1976).

Una nota sobre la ética

La recopilación, el procesamiento y la comunicación de los datos de evaluación requieren que el clínico tenga acceso a determinada información que el cliente de ordinario puede guardarse. Esto le da una gran responsabilidad al evaluador en la utilización, almacenamiento e informe de estos datos privilegiados que salvaguarde

la dignidad y bienestar del cliente. Actualmente existe cada vez una mayor preocupación acerca de (1) cómo se utilizan los datos de las evaluaciones psicológicas, (2) quiénes pueden tener acceso a esta información confidencial, y (3) la posibilidad de que una interpretación inapropiada o irresponsable de la información de la evaluación tenga consecuencias sociales, políticas y económicas negativas para los clientes.

Teniendo en cuenta estos intereses, el clínico debe, en primer lugar, estar seguro de que sus indagaciones no lo comprometen en una invasión ilegítima de la privacía del cliente. En segundo lugar, se debe tener un especial cuidado en asegurarse de que los instrumentos de evaluación que emplea el clínico no contengan prejuicios sociales o culturales a tal grado que ciertos clientes (por ejemplo, los que pertenecen a ciertas minorías éticas o raciales) estén en desventaja y por lo tanto provoquen una impresión falsa de ellos. Cuando los puntajes obtenidos en las pruebas, las impresiones subjetivas, las conclusiones, recomendaciones, predicciones y otros datos se comunican en la forma de una información, son susceptibles de ser empleadas de una manera equívoca por las personas que leen el informe pero que no están completamente calificados para interpretarlo como una orientación para la toma de decisiones. En estos casos, el daño no consiste solamente en la invasión de la privacía del cliente, sino que la existencia del informe de la evaluación puede constituir una verdadera desventaja para el cliente en, digamos, ingresar a la maestría u obtener un empleo.

La minimización y evitación de estos tipos de problemas potenciales de la evaluación psicológica han sido los intereses principales de varios agentes públicos, comités gubernamentales, grupos cívicos e individuos privados. Algunas de estas personas abogan por la eliminación de todo tipo de evaluación psicológica (en especial, la aplicación de pruebas; véase Hoch, 1971), mientras que otras se orientan hacia el desarrollo de ciertos resguardos que protejan a los clientes de los abusos de la evaluación. Esta última opción fue adoptada por el "American Psychological Association", cuyas *Normas éticas para los psicólogos, Normas para personas que proporcionan servicios psicológicos y Normas para las pruebas y manuales educativos y psicológicos* (APA, 1968, 1974a, 1974b) contienen pautas extensas de los procedimientos que deben emplear los evaluadores a medida que realizan su tarea sensible de conocer a sus clientes.

Los problemas éticos y las normas que se asocian con la psicología clínica se considerarán en mayor detalle en el Capítulo 13.

Capítulo **5**

La entrevista en la Psicología clínica

La entrevista es en gran medida el instrumento más empleado en la Psicología clínica. Tiene una función muy importante en muchas formas de tratamiento psicológico y, como se ha visto, es un componente principal de la evaluación clínica que precede, acompaña y sigue al tratamiento. El uso de las entrevistas para ayudar a las personas con problemas será analizado con detenimiento en capítulos posteriores; sin embargo, se debe tener presente que una buena parte de lo que se estudiará en este capítulo acerca de los procedimientos y problemas de la entrevista de evaluación, se aplica también a las entrevistas durante el tratamiento.

Este no es un capítulo acerca de la forma cómo se debe entrevistar. Incluso la gran cantidad de libros y artículos acerca del tema (por ejemplo: Bernstein, Bernstein y Dana, 1974; Bingham, Moorse y Gustad, 1959; Deutsch y Murphy, 1955; Fenlason, 1952; Fensterheim, 1972; Garret, 1942; Gilí, Newman, Redlich y Sommers, 1954; Gorden, 1969; Kahn y Cannell, 1957; Minninger, 1952; Morgan y Cogger, 1972; Oldfield, 1941; Sullivan, 1954; Whitehorn, 1944) no pueden sustituir adecuadamente a una práctica supervisada con el objeto de desarrollar las habilidades para conducir la entrevista. Así pues, el material que se presenta en este capítulo se debe considerar sólo como una orientación preliminar y una evaluación de la entrevista como fuente de datos para la evaluación psicológica.

¿Qué es una entrevista?

Una entrevista no es una cosa extraordinaria. En términos más simples, es una conversación que tiene un propósito o meta (Binghan y Moore, 1924; Matarazzo, 1965). Considérese el siguiente intercambio entre A y B:

A: ¿Qué hiciste el fin de semana?

B: Bueno, estuvo bastante tranquilo. Me levanté tarde el sábado y después vi un juego de fútbol en la tarde. Por la noche, el hermano de mi esposa vino con su hijo de ocho años. Es una verdadera molestia. De todas maneras nos sentamos y hablamos casi toda la noche. Tomamos mucha cerveza y fumamos alguna droga.

A: ¿También estuviste en casa el domingo?

B: Casi todo el domingo. No me sentía muy bien en la mañana y estuve sentado la mayor parte del tiempo. Después vi el juego de los "Packers" en la televisión. En realidad lo que deseaba era cenar pronto e irme a dormir, pero mi esposa estuvo molestando con que munca salimos a ningún lado. Así que tuve que llevarla a comer fuera. Yo no tenía mucha hambre pero eso no le preocupa a ella. Lo peor fue que de regreso a casa se nos ponchó una llanta y se me hecho a perder una linda camisa al cambiar la maldita llanta.

Si A fuera amigo de B y trabajaran juntos y la interacción se llevara a cabo en el trayecto de la casa a la oficina el lunes por la mañana, podría ser simplemente parte de una conversación como las que se dan por millones todos los días. Pero la misma interacción podría ser parte de una entrevista en que A (un clínico) está reuniendo información acerca de B y su estilo de vida. La distinción entre una conversación social y una entrevista está fundamentada entonces no en su contenido sino en si sirve para un propósito particular.

Las entrevistas han sido parte de la vida cotidiana por siglos. Se dan en las interacciones entre alguien que emplea y los aspirantes a un trabajo, entre los abogados y sus clientes, los ciudadanos y sus representantes, entre los padres y los maestros, los doctores y sus pacientes y por supuesto entre los clínicos y sus clientes. Por lo tanto es importante reconocer que los clínicos únicamente han adoptado y perfeccionado la entrevista; ellos no la inventaron.

Situaciones en la entrevista-clínica

El hecho de que las entrevistas sean una forma de conversación muy parecida a otras, hace que sean una fuente natural de información clínica acerca de las personas, un medio sencillo de comunicarles la información, y una forma conveniente para intentar ayudarlas. Como se señaló en el Capítulo 4, las entrevistas son flexibles, no son muy costosas, son fáciles de manejar y, lo que es más importante, pueden dar al clínico muestras simultáneas de la conducta verbal y no verbal del cliente. Estas ventajas hacen que la entrevista sea útil en diferentes situaciones, incluyendo las siguientes:

1 Entrevistas iniciales Probablemente este es el tipo más común de entrevistas. El cliente se acerca al clínico por algún problema cotidiano; su acercamiento puede ser voluntario o involuntario como en el caso de criminales, jóvenes u

otros. El psicólogo puede tener poca o ninguna información acerca del cliente, así que la o las primeras entrevistas se dirigen principalmente a determinar la naturaleza y el contexto del problema. El entrevistador puede usar la información obtenida en esta situación para decidir si él o ella (o la institución que representa) pueden o no ayudar adecuadamente, prestar servicios posteriores a la evaluación, o tomar alguna otra decisión. El entrevistador se debe preguntar: "¿Puedo o podemos trabajar con esta persona?" "¿Tengo o tenemos experiencia para tratar este tipo de problema?" "¿Puede o podemos hacer algún bien?" Si la respuesta, después de una o varias entrevistas, es "no", el clínico habitualmente refiere al cliente a otra institución psicológica, psiquiátrica, médica o social en que haya otros servicios adecuados. Si se considera que es necesario un mayor número de entrevistas, se pueden programar sesiones adicionales de evaluación o tratamiento. La mayor parte de los clínicos llevan a cabo sus propias entrevistas para tomar datos generales, pero en muchas instituciones (por ejemplo, las clínicas de salud mental de los municipios) y grupos profesionales, las trabajadoras sociales u otro personal pueden llevar a cabo esta función.

2 Entrevistas para la identificación de los problemas La decisión de aceptar o referir a un cliente con base en la información inicial depende, en parte, de la naturaleza del problema del cliente. Por esta razón, muchas de las entrevistas iniciales están dirigidas, al menos en parte, a la identificación de los problemas. Sin embargo, hay otras situaciones clínicas en las que la decisión para trabajar o referir al cliente ya se hizo o no está a discusión. En tales casos, las entrevistas se dirigen *completamente* a la identificación o elaboración de los problemas del cliente.

Cuando el entrevistador está orientado hacia una clasificación del problema, o ésta se le solicita, generalmente dará algún tipo de diagnóstico. Este puede ser algún tipo de etiqueta (por ejemplo, "manía-depresión", "esquizofrenia paranoide", "neurosis de ansiedad") del sistema de diagnóstico de la Asociación americana de psiquiatría; o bien, puede ser algún tipo de caracterización de la "personalidad" (por ejemplo "pasivo dependiente", "anal compulsivo"). Pero los entrevistadores no orientados psiquiátricamente y los que no necesitan clasificar a la gente usan las entrevistas de identificación de problemas para desarrollar descripciones más amplias del cliente y su entorno ambiental en que ocurren tales conducta(s).

Las entrevistas preparadas para *clasificar* los problemas de los clientes generalmente están más asociadas con los procedimientos de admisión en los hospitales mentales u otros servicios para pacientes internos o externos en que se requiere un "diagnóstico" para fines estadísticos. Estas entrevistas también se realizan cuando los psicólogos actúan como consultores para el diagnóstico que hace un psiquiatra, las cortes, las escuelas u otros que están interesados en preguntas tales como: "¿El señor P. está habilitado para ser sometido a un juicio?" "¿La señora L. es una psicótica?", "¿Jaime G. es un retrasado mental?"

Las entrevistas dirigidas a *describir* más ampliamente y en términos más comprensivos a un cliente y sus problemas, habitualmente se dan en el contexto de la exploración clínica completa que a menudo precede al tratamiento y es practi-

cado por el evaluador u otro profesional. El entrevistador propicia una explicación detallada de los puntos fuertes y débiles del cliente, de las situaciones normales de la vida y su historia, y a menudo sigue algún esquema como el presentado en los Cuadros 4-1, 4-2, o 4-3. En las instituciones que emplean un equipo, parte de la tarea de identificación de problemas es llevado a cabo por los trabajadores sociales, los cuales utilizan las entrevistas para reunir la información de la *historia social* del cliente y los que están familiarizados con él o ella.

3 Entrevista de orientación A menudo, las personas que participan en una evaluación o tratamiento psicológico, en escenarios clinicos o de laboratorio, no saben exactamente qué esperar, y mucho menos lo que se espera de ellas. Esto es especialmente cierto si no han tenido contactos previos con psicólogos clínicos u otros "profesionales que ayudan", "helping professionals".[1] Para hacer estas nuevas experiencias menos misteriosas y más confortables, muchos clínicos llevan a cabo entrevistas especiales (o asignan una parte de sus entrevistas) para instruir al paciente acerca de los procedimientos de evaluación, tratamiento o investiga ción que se llevarán a cabo.

Las entrevistas de orientación pueden traer beneficios al menos de dos maneras. Primero, porque se anima al cliente a preguntar y a hacer comentarios y así las ideas erróneas o las faltas de información que podrían obstruir las sesiones posteriores se pueden corregir y tratar. Por ejemplo, algunos pacientes piensan que todo lo que digan al psicólogo será comunicado por éste a otros miembros de la familia. Los temores de este tipo (que podrían alterar la cooperación del paciente) se pueden mitigar durante una entrevista de orientación y así evitar problemas futuros.

En segundo lugar, las entrevistas de orientación pueden ayudar a eliminar expectativas inadecuadas al comunicar nuevas expectativas más adaptadas y así facilitar interacciones posteriores. A menudo, esto se puede lograr mediante una descripción o ilustración clara (por medio de películas, videocintas o cintas grabadas) de lo que se espera que un "buen" paciente haga en una evaluación o tratamiento. Así, el paciente sabe lo que va a suceder y lo que se espera que haga en cuanto a cooperar, esforzarse, "abrirse", ser honesto, etc. En la mayoría de los casos, los pacientes tienen libertad de escoger si desean participar en las actividades que se les describieron. Esta libertad, junto con las espectativas de parte de los que sí participan, ayudan a que las sesiones de evaluación o tratamiento, clínico o de laboratorio, sean más eficientes y efectivas (Bednar, Melnick y Kaul, 1974; Bednar y Kaul, 1978; Frank, 1973; Goldstein, 1971; Heitler, 1976; Orne y Wender, 1968).

4 Entrevistas de terminación Muy relacionado con el problema de orientar a los pacientes acerca de las experiencias clínicas está el de terminar satisfacto riamente esas experiencias. Por ejemplo, las personas que ya han terminado una

[1]En inglés "Helping proffessionals", es un término muy difundido en Estados Unidos para referirse genéricamente a diferentes profesionistas que tienen en común la actividad de "ayudar profe-sionalmente" a las personas por ejemplo: consejeros, terapeutas, trabajadoras sociales, etc. (N. del R.T)

serie de sesiones de evaluación en que hubo largas entrevistas, pruebas y observaciones están, a menudo, comprensiblemente ansiosos por saber "qué encontró el doctor", cómo se utilizará esa información y quién tendrá acceso a ella. Tales preocupaciones pueden ser particularmente persistentes cuando el evaluador ha actuado como consultor para una escuela, la corte o un psiquiatra. Se puede designar una entrevista (o parte de una) para explicar o reiterar los procedimientos y el secreto profesional acerca de la información y para proporcionar, si es posible, un breve resumen y una cuidadosa interpretación de los resultados de la evaluación. Esto puede ser una buena manera de aliviar cualquier incertidumbre o incomodidad que los clientes y sus familiares pueden sentir en relación a la evaluación.

En las investigaciones, a la entrevista de terminación se le conoce como "debriefing". Habitualmente se incluye una explicación completa del proyecto en que el paciente voluntario ha participado y una aclaración de los "engaños" que se usaron. Esta explicación puede ser más completa y detallada que las que se hayan podido dar en las entrevistas de orientación para la investigación. Además, estas entrevistas permiten e incluso animan al paciente voluntario a formular preguntas y hacer comentarios acerca de los procedimientos, hipótesis bajo estudio, análisis de datos y resultados. El propósito al hablar con los voluntarios de esta manera es asegurarse de que no haya elementos residuales de la investigación que dejen algún daño o perturbación. Esto concuerda con los criterios de ética general y de investigaciones, promulgadas por la American Psychological Association (APA, 1977; véase el Cap. 13). Estas aclaraciones candidas acerca de la investigación pueden beneficiar también el clínico, ya que a menudo es durante estas indagaciones después de los hechos cuando se pueden encontrar las pistas que señalan los factores que determinaron la conducta de los voluntarios en el laboratorio (Orne, 1962).

La terminación de un tratamiento clínico que pudo haber sido intensivo o largo, también requiere de alguna clase de entrevista de terminación. Es necesario atar muchos "cabos sueltos": se puede expresar y aceptar gratitud y afecto, dar recomendaciones acerca del manejo de futuros problemas, planear cómo van a ser los contactos para el seguimiento, y dar seguridad al paciente acerca de su habilidad para "caminar solo". Las entrevistas de terminación pueden ser muy "emotivas" o parecidas a las entrevistas de negocios. Pero en cualquier caso, tiene el propósito de hacer que la transición de la situación de tratamiento a la de "postratamiento" sea lo más "suave" y productiva posible.

5 Entrevistas en situación de crisis Cuando los problemas cotidianos de una persona son provocadores de una gran tensión y las habilidades para la solución de problemas no han sido eficaces, se dice que la persona está en una crisis (Caplan, 1961). A menudo, las personas que están pasando por una crisis buscan ayuda clínica o llaman por la "linea de emergencia" a un centro para la prevención del suicidio u otro servicio de 24 horas para situaciones de crisis (véase el Cap. 12). En tales casos, el entrevistador no se puede dar el lujo de programar una serie de sesiones de evaluación para seguir alguna forma de tratamiento. La crisis

debe enfrentarse en el momento, a menudo en pocos minutos, y los objetivos de la entrevista que de otra manera se hubieran distribuido en varias sesiones se deben combinar. El entrevistador intenta dar apoyo, reunir datos de evaluación e iniciar alguna acción de ayuda. Esto generalmente significa tratar al cliente con calma, interés y de una forma aceptante; haciendo preguntas para obtener información relevante (por ejemplo: "¿Ha intentado suicidarse alguna vez?" "¿Qué clase de pastillas tiene en casa?"), y trabajando directamente sobre el problema inmediato o refiriéndolo a algún servicio médico, social o psicológico adecuado.

Una o dos entrevistas bien manejadas durante una crisis pueden ser el principio y el fin del contacto con clientes cuya necesidad de ayuda fuese temporal y específica para una situación. Para otros, la entrevista durante la crisis lleva al establecimiento de un contrato para posteriores sesiones de evaluación y tratamiento (probablemente de una manera más tranquila).

6 Entrevistas de observación Como ya se ha mencionado, las entrevistas (y las pruebas) proporcionan una oportunidad para observar varios aspectos de la conducta del paciente. Los clínicos llevan a cabo, en raras ocasiones, entrevistas preparadas para ver cómo una persona enfrenta ciertas situaciones. En estos casos, la entrevista exclusivamente proporciona una oportunidad para observar las reacciones del entrevistado ante situaciones ambiguas, provocadoras de tensiones o de conflictos, etc. Esta clase de entrevista será más ampliamente descrita cuando analicemos las evaluaciones por medio de la observación, en el capítulo 7. Sin embargo, debemos señalar que éstas son técnicas con propósitos específicos que no se utilizan habitualmente en las situaciones clínicas. Son más aplicables en actividades de investigación o de selección de personal.

Estructura de la entrevista

Probablemente la variable más fundamental de las entrevistas clínicas, independientemente de su propósito sea la *estructura:* el grado hasta el cual el entrevistador determina el contenido y desarrollo de la conversación (Peterson, 1968a; Rotter, 1971). Si consideramos que los diferentes.tipos de entrevistas pertenecen a un continuo, descubriríamos que en uno de sus extremos están las entrevistas *no directivas* en absoluto, en las cuales el clínico interfiere lo menos posible con el curso natural del habla del cliente y su elección de temas. En otro extremo están las entrevistas altamente *estructuradas,* las cuales debido a su formato rígido, de preguntas planeadas seguidas por las respuestas del cliente, se asemejan a un tipo de interrogatorio. El propósito del primer tipo de entrevistas es que el cliente se sienta lo más cómodo posible, mientras que el fin de las entrevistas estructuradas es recopilar la mayor cantidad de información particular. En medio de ambos extremos, se encuentran muchas mezclas que por lo general se conocen como entrevistas *guiadas* o *dirigidas.*

Algunos fragmentos de unas cuantas interacciones clínicas pueden aclarar mejor esta dimensión de la estructura. Considérese el siguiente segmento de una entrevista inicial no directiva.

Clínico: [Su pariente] no entró en muchos detalles acerca de lo que usted quería hablar; por lo tanto, si así lo desea, puede empezar por lo que quiera y dígame qué clase de nerviosismo tiene.

Cliente: Bueno, es, pues, pienso que si lo tuviera que explicar en pocas palabras, parecería ser una, una completa falta de autoconfianza y un grado extremo de autoconciencia. Ahora bien, siempre he sido una persona muy autoconsciente. Quiero decir casi, probablemente, desde que tenía catorce años, según lo recuerdo. Pero, durante mucho tiempo, nunca creí que fuera una clase de persona que usara a las personas como muletas. Quiero decir, sentía que no podía hacer muchas cosas por mí misma, hacerlas sola sin que alguien estuviera conmigo.

Clínico: Um, jmm.

Cliente: Y esto fue avanzando hasta el punto en que estoy usando las cuatro paredes de la casa como un escape de la realidad. Quiero decir, no me preocupa, no me preocupa salir. Yo, yo ciertamente no puedo salir sola. . . Es como un círculo vicioso. Encuentro que no puedo hacerlo, y entonces estoy segura de que la próxima vez no lo podré hacer.

Clínico: Um, jmm.

Cliente: Y cada vez va peor. Yo creo que la primera vez que lo noté. . . (Wellen, 1956, p. 146).

El cliente continuó con una narración que incluía información acerca del comienzo y duración del problema, su ocupación y matrimonio, la muerte de su padre, y otros temas. Nótese que el clínico difícilmente dice alguna palabra aunque, como veremos, hay cosas que pudo haber hecho de una manera no directa para animar al cliente a hablar si no hubiera sido tan hablador.

Véase ahora el otro extremo para escuchar una conversación altamente estructurada. El ejemplo que se escogió es del tipo de sesión llamado de identificación del problema y se llama *entrevista de examen mental.* Cubre un conjunto planeado de temas en un orden programado de una manera general. Reseñas de este tipo de entrevistas son proporcionadas por Sands (1972), Stevenson y Sheppe (1959), Spitzer, Fleiss, Burdock y Hardesty (1964), Wells y Ruesch (1945), y Wing, Cooper y Sartorius (1974). Muchas entrevistas de examen mental ocurren después de que una persona ha sido admitida en un hospital psiquiátrico.

Clínico: ¡Buenos días! ¿Cómo se llama?

Cliente: Randolph S________

Clínico: Bueno señor S ________, quisiera hacerle algunas preguntas a esta mañana. ¿Está bien?

Cliente: Bueno.

Clínico: ¿Cuánto tiempo ha estado aquí?

Cliente: Desde ayer en la mañana.

Clínico: ¿Por qué está aquí?

Cliente: No lo sé. Creo que mi esposa llamó a la policía y aquí estoy.

Clínico: ¿Qué hizo usted para que ella hiciera la llamada a la policía?

Cliente: No lo sé.

Clínico: ¿Qué día es hoy?

Cliente: Martes 12.

Clínico: ¿En qué año estamos?
Cliente: 1977.
Clínico: ¿En qué ciudad estamos?
Cliente: En Chicago.
Clínico:, ¿Quién es el alcalde de Chicago?

Preguntas similares pueden referirse a muchos otros temas y capacidades, incluso la familia y los amigos, la ocupación, los problemas físicos y psicológicos, la memoria reciente y a largo plazo, la retención y el recuerdo de la información, el conocimiento general, etc. Nótese cómo la estructura de la entrevista determina claramente el material cubierto y establece un ritmo bastante rápido y regular.

En la siguiente entrevista guiada, aparecen aspectos no directivos y estructurados.

Clínico: Dice que la mayor parte del tiempo está celosa y que esto le molesta mucho.

Cliente: Bueno, sé que es estúpido que me sienta de esa manera, pero me siento herida cuando pienso que Mike está con otra mujer.

Clínico: Usted no quiere sentirse celosa, pero lo está.

Cliente: Yo sé que no es la forma en que una mujer "liberada" se debe comportar.

Clínico: ¿Cómo piensa que una mujer liberada se debe sentir?

Cliente: No sé. Yo siento que he cambiado mucho de muchas maneras durante el año pasado. Realmente no creo que tiene el derecho de poseer a otra persona, e incluso, cuando esto me sucede, me siento muy herida. Soy una hipócrita.

Clínico: ¿Usted es infeliz porque no está respondiendo en la forma que le gustaría hacerlo?

Cliente: No soy la persona que quiero ser.

Clínico: Entonces hay un verdadero "doble riesgo". Cuando Mike está con alguien más, efectivamente se siente lastimada. Y entonces cuando se siente celosa, se reprocha a sí misma el actuar de esa manera.

Cliente: Sí, supongo que pierdo en ambos sentidos (Morganstern, 1976, p. 64).

Aquí, el entrevistador anima al cliente a expresarse libremente, pero también pone algunos límites en el tópico al hacer preguntas específicas.

La estructura de una determinada entrevista depende en gran medida de su propósito. Aun cuando algunos clínicos adoptan una entrevista no muy directiva o más estructurada, casi en todas las circunstancias, la mayoría tienden a ajustar la estructura para acomodarse a la situación. Por ejemplo, las entrevistas de orientación, por su propia naturaleza, pueden requerir mayor guía por parte del entrevistador que las conversaciones dirigidas a la identificación de problemas. Igualmente, a menudo, las crisis piden una mayor estructura que la que puede ser necesaria durante una entrevista inicial de rutina. La estructura puede cambiar durante el curso de una entrevista. Como se verá más adelante, muchas entrevistas iniciales y de identificación de problemas empiezan de una manera no muy directiva y se van volviendo cada vez más estructuradas a medida que la conversación continúa.

En parte, la estructura también depende de la orientación teórica, el entrenamiento y las preferencias personales del entrevistador. Existe mucha variabilidad

entre los clínicos particulares como para justificar estereotipos para cada modelo clínico, pero es adecuado decir que en general los seguidores de la versión fenomenológica de Rogers tienden a proporcionar la menor cantidad de estructura en la entrevista. En segundo lugar, los freudianos generalmente tienen un poco más de estructura en sus entrevistas. Y por último los otros fenomenólogos, neofreudianos y los del aprendizaje social probablemente son los más activos o directivos verbalmente durante la entrevista.

Sin embargo, estas diferencias son muy generales. Como se indicó en el Capítulo 3, los modelos ayudan a organizar y a orientar al clínico, pero no siempre proporcionan una guía para manejar a cada cliente y cada situación. Por esto no debería sorprender el hecho de que a menudo hay uña gran semejanza en la manera en que llevan a cabo las entrevistas varios clínicos experimentados de diferentes orientaciones teóricas (por ejemplo, Fiedler, 1950; Klein, Dittman, Parloff y Gilí, 1969). Uno puede suponer que esto se debe, en parte, a que aun cuando ninguno ha desarrollado la forma "correcta" de entrevista, algunas estrategias y tácticas generales han demostrado que son valiosas en la práctica y por tanto han sido adoptadas y enseñadas por los clínicos más hábiles que representan a cada modelo.

Estas estrategias y tácticas generales se pueden examinar más fácilmente en el contexto de una entrevista *dirigida* ya que habitualmente este tipo de entrevista contiene todas las estrategias. Se considerará en las secciones que siguen, la anatomía y la ejecución de algunas entrevistas dirigidas como un medio para analizar el amplio rango de procedimientos de conversación generalmente empleados por los psicólogos clínicos. Cuando se considere apropiado se señalarán las características que hacen resaltar o a las que no dan importancia los diferentes proponentes de varios modelos clínicos.

ETAPAS DE LA ENTREVISTA

Por lo común se piensa que las entrevistas tienen un principio, un desarrollo y un fin, como cualquier otro evento que se desarrolla a través del tiempo. Sin embargo, ésta es una grande y excesiva simplificación ya que tales etapas "puras" pueden no estar presentes o no ser distinguibles en todas las situaciones.

Las entrevistas iniciales o las que tienen como propósito identificar problemas son las que más probablemente pasen por las tres etapas de una manera más "clara". Por lo general, comienzan con los intentos para hacer que el cliente se sienta a gusto y preparado para hablar libremente (primera etapa), continúan con una etapa central de toma de información (segunda etapa), y terminan con alguna exposición que resuma la información, las preguntas del cliente y, si es adecuado, los planes para posteriores entrevistas (tercera etapa). En las últimas entrevistas de evaluación la extensión y la claridad de estas etapas varía. A medida que el cliente conoce al clínico y la situación clínica, la primera etapa probablemente se hará más corta mientras que la segunda se hará más larga. Igualmente, la tercera etapa puede ser muy breve al principio, y hacia el final en la última entrevista de evaluación puede llevarse casi todo el tiempo disponible.

Las entrevistas de tratamiento a veces siguen un formato de tres etapas muy diferentes. Una sesión puede empezar con el reporte que el cliente hace de sus pensamientos y acontecimientos que sucedieron desde la última entrevista, continúan con cualquier procedimiento de tratamiento que se esté empleando y concluyen con un resumen del progreso que se está teniendo, los planes para la siguiente entrevista y algunas indicaciones para la "tarea". Otras situaciones de la entrevista, como las que se refieren a crisis, orientación y término pueden no estar organizadas a propósito de un marco de principio, en medio o fin. Sin embargo, el modelo de tres etapas proporciona una guía conveniente para organizar la siguiente revisión del curso y las tácticas de las entrevistas clínicas "típicas".

Primera etapa: Principio de la entrevista

El clínico debe prestar una atención cuidadosa, especialmente durante las entrevistas iniciales, a los primeros minutos de contacto. Es probable que el cliente se sienta al menos un poco incómodo por hablar con un extraño (en especial con un "loquero") acerca de sus asuntos personales; y este recelo se puede intensificar si existe inseguridad o no se comprende lo que el psicólogo va a hacer. Como resultado de lo anterior, muchos clientes llegan a la entrevista con una actitud de recelo que los lleva a ser muy cuidadosos con lo que dicen. Si esta situación se prolongara a lo largo de la conversación, se obtendría poca información valiosa para la evaluación.

La mayor parte de los clínicos ve como su principal tarea, durante la primera parte de las entrevistas iniciales, el establecer un *rapport:* una relación armoniosa y cómoda de trabajo. Esto se puede lograr de muchas maneras; la mayoría de éstas se relacionan con el sentido común y la cortesía. Una sonrisa amable, un saludo amistoso y un apretón de manos son elementos excelentes y muy humanos para empezar, ya que la ansiedad del cliente y su incertidumbre pueden ser aliviados por una desmitificación de la entrevista. Ofrecer una silla y ayudar con los abrigos, sombrillas o paquetes son rituales igualmente humanitarios. También una invitación a fumar para los clientes que lo hacen y ofrecerles un cenicero puede ser confortante. Asimismo, una charla informal acerca del tiempo, las dificultades para encontrar la oficina, aspectos del edificio o cualquier otro tema también pueden ayudar a que el cliente pase a la situación de entrevista y hacérsela menos rara y extraña.

Como se señaló anteriormente, las entrevistas pueden ocurrir casi en cualquier parte, pero hay ciertas circunstancias que más fácilmente pueden llevar al establecimiento del *rapport* con el cliente. Las entrevistas se llevan a cabo mejor en una oficina privada y confortable, excepto para aquellos individuos que por sus antecedentes culturales, un lugar así les cause sentirse amenazados. Pero la mayor parte de la gente parece que encuentra que es más fácil relajarse cuando se sienten cómodos físicamente. Además, es más fácil asegurarle al cliente la confidencialidad de la entrevista cuando nadie más está presente o escucha.

Algunas otras características de la oficina pueden ayudar a establecer el rapport. La altura, la comodidad relativa de las sillas y su colocación proporcionan un buen ejemplo. Sé establece una igualdad reconfortante cuando dos personas se

sientan a poca distancia en sillas semejantes de igual altura. Si el clínico se sienta en un gran sillón con un gran respaldo detrás de un enorme escritorio que está a dos metros del asiento más chico y más bajo del cliente no se puede establecer un buen rapport.[2] La apariencia de la oficina y la frecuencia de las interrupciones también son importantes. Un escritorio despejado (o al menos organizado), junto con instrucciones a la secretaria de no pasar llamadas y prevenir cualquier otra intromisión, le permite al cliente saber que tiene la completa atención del clínico. Esto, a su vez, ayuda a prestar un interés sincero en lo que el cliente puede querer decir, y tiende a evocar una cooperación recíproca. Estas medidas sencillas son particularmente importantes para los clientes que son reticentes para consultar o utilizar el tiempo de un profesionista ocupado, ya que se le demuestra que el clínico no tiene prisa en terminar para ocuparse con otras cosas.

Algunos objetos en la oficina pueden influenciar el rapport. Aun cuando algunos clínicos exponen a propósito algunas pinturas raras u otros objetos como estímulos para pruebas proyectivas (Capítulo 6), la mayor parte de los entrevistadores escogen piezas menos dramáticas, que se noten lo suficiente como para servir de tema para charlas informales, pero que no molestan. También se debe tener cuidado con las cosas que se dejan por ahí. El interés académico del clínico por la homosexualidad, por ejemplo, puede amenazar a algunos clientes si se deja a la mano un conjunto de libros acerca del tema.

La lista de técnicas para establecer el rapport podría extenderse casi indefinidamente; el asunto es que, desde el principio, el clínico trate por cualquier medio posible de crear un ambiente confortable y cálido, y una relación que anime al cliente a hablar libre y honestamente de cualquier tópico que sea relevante para la entrevista (consúltese a Goldstein, 1976).

Los clínicos hábiles pueden establecer un rapport considerablemente bueno durante la primer fase de una entrevista inicial, pero incluso para ellos, el proceso continúa en la segunda y tercera etapas, al igual que en los subsiguientes contactos. Como cualquier otra relación social, la del paciente y el clínico lleva su tiempo para desarrollarse. Una vez que la relación ha echado raíces, sin embargo, la entrevista inicial puede dirigirse a su segunda etapa de reunión de información formal.

Segunda etapa: parte inedia de la entrevista

La transición a la parte "media" de una entrevista inicial debe ser lo más suave y fácil que sea posible para el cliente. La manera en que eso se logra y las formas como el clínico conduce la segunda etapa ilustrará una gran cantidad de las tácticas principales que se utilizan en la actualidad.

Las técnicas no directivas En la mayoría de los casos, los entrevistadores clínicos empiezan la segunda etapa con técnicas no directivas, usualmente con al-

[2]Esta afirmación y otras acerca del fomento del "rapport" no tienen la intención de ser absolutas; algunos clientes prefieren hablar con los clinicos que adoptan una posición como si hablaran desde un trono.

guna pregunta *abierta* o con una petición. Algunos ejemplos comunes son: "¿Qué le trae hoy por aquí?" "¿De qué le gustaría hablar?" "Probablemente le gustará hablarme de los problemas que me mencionó por teléfono." Una ventaja importante de hacer preguntas abiertas es que le permite al cliente empezar con su propio estilo. Cuando los asuntos son muy inquietantes y difíciles de comunicar inmediatamente, esto es particularmente importante; una invitación abierta para hablar le permite al cliente "descargar" los temas dolorosos, o que avergüenzan, gradualmente y sin sentirse presionado.[3] Se cree que inicios como éstos, que minimizan la tensión del cliente, ayudan a establecer un buen rapport, ya que comunican la voluntad del clínico de escuchar cualquier cosa que el cliente tenga que decir.

Compárense los inicios "abiertos" que se han sugerido con preguntas "cerradas" como: "Usted dijo que pensaba que había un problema sexual. ¿Este problema es suyo o de su esposa?" "¿En qué trabaja?" "¿Está usted aquí para hablar de sus propios problemas o de los de alguien más?" Nótese cómo los inicios de este tipo tienden a centrar prematuramente la conversación en temas que pueden ser sumamente amenazadores o hasta irrelevantes. Una entrevista cuya segunda etapa comienza con, y continúa empleando, tácticas "cerradas" a menudo degenera en una sesión superficial de preguntas y respuestas en que el cliente puede sentirse incómodo, no comprendido y frustrado. Por consiguiente, tales procedimientos de "interrogatorio" se reservan habitualmente para situaciones en que la conducta del cliente indica que no va a haber un diálogo espontáneo.[4]

El uso de las preguntas o comentarios abiertos no se restringe al principio de la segunda fase de la entrevista. Se hace uso de tales medidas siempre que el clínico desea *instigar* la conducta verbal del cliente a la vez que desea influir en su contenido lo menos posible. Comentarios clásicos como "Por favor continúe", "Dígame un poco más acerca de eso", y "¿Cómo se siente por eso?", ejemplifican medios continuos de estrategias no directivas.

Generalmente se proporcionan esas estrategias por medio de una variedad de tácticas elaboradas tanto para ayudar al cliente a expresarse libre y completamente como para aumentar el rapport al comunicar comprensión, interés y aceptación por parte del clínico. La táctica más general se llama *escuchar activamente* e incluye tanto elementos verbales como no verbales. Se estudiará esto último en la siguiente sección. Verbalmente, el escuchar activamente implica responder ala conversación del cliente en formas tales que, sin interrumpirlo, le indiquen comprensión y lo animen a continuar. Los "mm-jmm" del clínico en el extracto de la entrevista no directiva que se presentó anteriormente representan un tipo de forma verbal de escuchar activamente. Otros ejemplos incluyen comentarios tales como "Ya veo", "Lo entiendo", "Estoy de acuerdo", o "Correcto".

[3]A menudo, los clientes inician con un problema que se podría llamar su "boleto de entrada" que no es el que mas les preocupa. Es posible que la razón funcional de la visita del cliente no aparezca hasta que haya intercambiado varios temas de conversación.

[4]De nuevo, esto no es siempre cierto. Rogers (1967) proporciona un ejemplo de una entrevista no dirigida extensa y que resultó fructífera en última instancia con un cliente institucionalizado (véase el Capítulo 11).

Una estrategia relacionada se denomina *parafrasear*. En este caso, el clínico vuelve a formular lo que el cliente le ha dicho con el propósito de (1) demostrar que ha estado escuchando de manera atenta, y (2) proporcionarle al cliente la oportunidad de escuchar y posiblemente corregir el comentario si éste fue interpretado de una manera equívoca. Rogers llama reflejar a este procedimiento y le da gran importancia ya que subraya los sentimientos del cliente y no simplemente repite el contenido. Considérense los siguientes ejemplos:

A. Cliente: A veces me enojo tanto con mi esposo que hasta lo podría matar.
Clínico: Le gustaría deshacerse de él completamente.

B. Cliente: A veces me enojo tanto con mi esposo que hasta lo podría matar.
Clínico: Él a veces, realmente la trastorna.

Nótese que en el ejemplo A, el clínico únicamente repite de otra manera lo que el cliente dijo. En el ejemplo B reflejó el *sentimiento* contenido en el comentario. Ambas versiones se podrían haber combinado de esta manera "algunas veces él la enoja tanto que le gustaría deshacerse de él".

La mayor parte de los clientes responden al parafraseo continuando su plática, generalmente de la misma manera y sobre lo mismo que estaban diciendo y, a menudo, con mayor detalle. Cuando esto es lo que el clínico desea que suceda, alguna forma de parafraseo es preferible a una pregunta directa, ya que ésta podría cambiar o restringir la conversación. Esto se ilustra en las siguientes interacciones:

A. Cliente: A partir de esto puedo concluir que no vale la pena vivir.
Clínico: Algunas veces parece que es excesiva la carga.
Cliente: Sí y no sé qué hacer cuando me siento así. Yo no creo que realmente quiera morir; en realidad, no. Pero también me entra pavor pensar que va a comenzar otro día. Por ejemplo...

B. Cliente: A partir de esto puedo concluir que no vale la pena vivir.
Clínico: ¿Con qué frecuencia se siente de esa forma?
Cliente: Oh, de vez en cuando.

Posteriormente veremos que hay un momento oportuno para preguntas como las que hizo el entrevistador en el ejemplo B, pero a menos que uno sienta que conoce lo suficiente como para empezar a puntualizar, interrumpir con tales preguntas al principio de la entrevista limitará, probablemente, la descripción inicial del problema y puede hacer que el cliente se sienta acosado. Además, el uso inmediato de preguntas directas puede sugerirle al cliente que debe "callarse" y esperar a la siguiente pregunta. En general, ésta no es una gran ayuda para establecer el rapport.

Se podría usar el parafraseo provechosamente como un medio para aclarar las situaciones en que el clínico esté confundido acerca de lo que el cliente dijo. Considérese el siguiente ejemplo:

Cliente: Le dije a mi marido que ya no quería vivir con él, y él dijo "bueno" y se acabó. Bueno, cuando regresé ¡encontré que el hijo de puta se habia quedado con todos los muebles!

Si, como es probable, el entrevistador no comprende plenamente la secuencia de los eventos descritos, podría decir simplemente "¿qué?" pero el cliente podría interpretar esto como un insulto (o como una señal de que el clínico es estúpido). En cambio, una combinación de parafraseo y pregunta aclaratoria sirve de una manera más adecuada.

Clínico: "Bueno", veamos si entendí bien. Usted le dijo a su marido que ya no quería vivir con él, y entonces *él* se fue. "¿Después usted regresó de algún lado a su casa y se encontró con que él se había llevado los muebles? Idealmente, el cliente confirmará esta interpretación o la corregirá. Si no sucede esto, el clínico puede desear el empleo de procedimientos con preguntas más directas, como las que se usan a continuación.

Técnicas directivas Como se mencionó previamente, la mayoría de los entrevistadores complementan las tácticas no directivas con aquellas que tienen una naturaleza más directiva. Es típico que éstas se presenten en la forma de *preguntas,* las cuales causan una impresión de informalidad y se asemejan a las interrogaciones que son parte de la conversación cotidiana. De hecho, a menudo, su forma, extensión, vocabulario y contenido son el resultado de una planeación cuidadosa (a pesar de que por lo general se realice en el momento).

Por ejemplo, el clínico por lo común desea evitar hacer preguntas "cerradas" que pueden (1) perjudicar el "rapport" y (2) distorsionar los datos de evaluación al obligar a que el cliente elija una respuesta posiblemente artificial o imprecisa que le proporcione el entrevistador.

Las siguientes preguntas ejemplifican lo anterior:

A. "¿Usted se siente mejor o peor cuando su esposo sale de la ciudad?".

B. "¿Cómo se siente cuando su esposo sale de la ciudad?"

El ejemplo A ofrece una situación clara pero posiblemente irrelevante de dos opciones. Esta es una pregunta del tipo "¿Va caminando al trabajo o lleva su almuerzo?" para la cual la respuesta más válida puede ser "ninguna de las dos cosas". Por desgracia, algunos de los clientes no son lo suficientemente autoafirmativos como para ignorar las opciones, por lo que aceptan cualquiera de las respuestas insatisfactorias. A menos de que haya una razón especial para ofrecerle al cliente solamente una cantidad reducida de opciones de respuesta (por ejemplo, para probar su autoafirmación), los entrevistadores diestros por lo general prefieren hacer preguntas directas de tal manera que obtengan una información específica, pero que también permitan al cliente elegir sus propias palabras (véase el ejemplo B anterior). Los clínicos experimentados también "procuran no hacer preguntas que sugieran sus propias respuestas. Obsérvense las implicaciones que contienen las siguientes interrogaciones:

A. "En realidad usted no vomita cuando se siente mal en una fiesta, ¿verdad?

B. "¿Usted ha sufrido con este problema durante mucho tiempo?"

Es posible que el cliente siempre vomite en las fiestas o apenas se percató del problema la semana pasada. Sin embargo, preguntas como éstas comunican de una manera bastante clara lo que el entrevistador espera escuchar, y algunos clientes lo complacerán distorsionando su respuesta. Preguntas tales como "¿Cómo se siente en las fiestas?" o "¿Durante cuánto tiempo ha tenido este problema?" son mejores opciones.

De una manera semejante por lo general se evitan las interrogaciones que se basan en suposiciones sin fundamento en las entrevistas clínicas. Estas preguntas son del tipo: "¿Aún le dan de latigazos a su anciano padre?" Es probable que se comprenda de una manera equivocada esta pregunta y que enturbie las aguas de la evaluación, sin importar la respuesta particular que se ofrezca. No debe ser difícil detectar las suposiciones latentes en los siguientes ejemplos:

A. "¿Cuánto dura su insomnio cuando se deprime?"

B. "¿Cuanto peso le gustaría perder?"

Si el cliente en especial duerme profundamente cuando tiene el ámimo bajo o no ha reconocido que tiene un problema de peso, las preguntas como las anteriores no se pueden responder sin contradecir al clínico, sentirse ofendido o ambas cosas. Es más probable que un entrevistador cuidadoso explore estos mismos puntos con preguntas parecidas a las siguientes:

A. "Dijo que a menudo se deprime." ¿Cómo se siente durante esos periodos?"

B: Si usted quisiera hacer algunos cambios en su vida en usted mismo, ¿cuáles serían esos cambios?

Combinación de las tácticas de la entrevista Debido a que la entrevista es flexible, los clínicos están en libertad de combinar algunas o todas las tácticas de conversación que se han descrito. Es muy común que se inicie o facilite la expresión del cliente con peticiones, paráfrasis e investigaciones abiertas u otras de las técnicas que se utilizan para escuchar activamente y posteriormente que se empleen preguntas y comentarios más directivos con el fin de que el clínico se concentre en los temas y aspectos particulares que le sean especialmente interesantes e importantes.

Sin embargo, las tácticas directivas no siempre son la forma principal como se procede a medida que avanza la entrevista. Se continúan mezclando y combinando con las tácticas menos directivas. El concepto de *escudriñamiento y enfoque repetido* proporciona un excelente ejemplo de lo anterior. En este caso, el entrevistador primero escudriña o revisa un aspecto determinado de una manera no directiva, y luego se enfoca sobre el punto de una manera más directiva. Se presenta un ejemplo a continuación:

Clínico: Usted mencionó que su familia regresó al Este. ¿Puede decirme algo de ellos?

Cliente: No hay mucho de qué hablar. Son papá, mamá y los cuates: Parece que les gustó a todos el regresar allá; así, pienso que se quedarán allá para siempre.

Clínico: ¿Qué otra cosa me puedes platicar acerca de ellos?

Cliente: Mi papá fue director de un colegio de bachillerato y ahora está jubilado. Mi mamá solamente era ama de casa, pero desde que crecimos sus hijos, tomó un trabajo de medio tiempo en un supermercado. Los cuates ya se van a graduar en la universidad este año.

Clínico: ¿Cómo te llevabas con tu gente cuando vivías en tu casa?

Cliente: Muy bien. Yo siempre pensé que eran increíbles y supongo que por eso casi no tuvieron dificultades conmigo. Desde luego, de vez en cuando había algún problema, pero no muy seguido.

Clínico: ¿Qué clase de problemas?

Es posible que el entrevistador continúe explorando varios aspectos especiales sobre la relación del cliente con sus padres, y luego proceda a otro tema; de nuevo comenzaría con procedimientos de escudriñamiento y luego haría preguntas más enfocadas.

Como se observó previamente, los clínicos que le dan más importancia al "rapport" y a otros factores de la relación tienden a emplear una combinación de las tácticas de la entrevista que se inclina enormemente hacia el lado no directivo (Porter, 1943). Los entrevistadores del modelo del aprendizaje social también consideran que una buena relación entre el clínico y el cliente tiene una gran importancia, pero principalmente juzgan que es el contexto para la evaluación de determinada información (y no el único aspecto importante). Por lo tanto, su combinación de tácticas tiende al aspecto directivo (Linehan, 1977; Meyer, Liddell y Lyons, 1977; Morganstern, 1976; Peterson, 1968; Phillips, 1977). Las posibilidades de otras mezclas y combinaciones de las tácticas de las entrevistas que se han descrito casi son infinitas, de tal manera que los seguidores de cada modelo o submodelo pueden establecer un estilo característico.

Tercera etapa: Cierre de la entrevista

La última etapa de una entrevista puede proporcionar algunos datos valiosos para la evaluación así como la oportunidad para fomentar el "rapport" aún más. A medida que el tiempo disponible para la entrevista se reduce, es posible que el entrevistador inicie la tercera etapa con una afirmación como la siguiente:

> Hemos estado tocando una buena cantidad de información muy valiosa hasta ahora y agradezco su disposición por comunicármela. Sé que nuestra sesión no ha sido fácil para usted. Como se está acabando el tiempo para el día de hoy, se me ocurrió que podemos repasar algunos de los temas que hemos tocado y usted puede hacerme a *mí* algunas preguntas.

En este ejemplo el clínico comunica varias cosas. En primer lugar señala que es inminente la conclusión de la entrevista. En segundo lugar, el clínico elogia la cooperación del cliente y, al mismo tiempo, lo reconforta al decirle que comprende que la entrevista le ha ocasionado bastante tensión. En tercer lugar, sugiere un plan para los últimos minutos; éste incluye una oportunidad para que el cliente plantee sus preguntas o haga comentarios que pudo haber formulado antes y durante el transcurso de la entrevista, pero que no verbalizó por varios motivos.

La recapitulación de la sesión por parte del clínico sirve tanto para resumir el contenido de la entrevista como para comprobar si ha escuchado o comprendido de una manera errónea cualquier cosa que sea obviamente importante. Las preguntas y los comentarios del cliente durante esta etapa pueden ser bastante iluminadores, especialmente cuando revelan algunas concepciones erróneas del cliente que el clínico no sospechó o algunas lagunas en la información. Hasta puede sorprender que el cliente pregunte el nombre del clínico (si ya se le dio) o una prescripción médica (cuando el clínico no es un médico), pero estos puntos pueden ayudar al psicólogo a que esté especialmente alerta a los problemas en la comunicación o a las expectativas inapropiadas del cliente. Por lo tanto, esta parte de la conversación (en especial cuando concluye con un primer contacto) se vuelve una versión en miniatura de la entrevista de terminación descrita anteriormente. Por lo general termina con algunos rituales de despedida (por ejemplo, "Qué bueno que usted vino", "Qué pase un buen fin de semana") y, cuando sea apropiado, con la confirmación de algunos planes para verse en el futuro o entrevistarse con algún otro profesionista.

Es posible que el segmento final de las entrevistas ocasione algunas conductas importantes del cliente que no se esperaban y poco comunes. Se ha dado el caso de que el cliente "deje caer una bomba" durante este periodo: "A propósito, ¿ya le había dicho que por mi enfermedad estoy desauciado?" o "Ay, fíjese qué hora es. Tengo que apurarme para llegar a tiempo con el oficial que controla mis salidas condicionales de la cárcel. Es bastante delicado con los homicidas." Estos comentarios son algo exagerados, pero ejemplifican el hecho de que algunos clientes no desean que termine la entrevista e intentan prolongarla al comunicar alguna información que es obviamente importante. Existen otras personas que comunican este tipo de datos sin darse mucha cuenta. Pueden suponer que la entrevista ya se terminó y quitarse cualquier cubierta protectora o pretensión que hayan estado empleando anteriormente. Por todos estos motivos, el clínico dedica tanta atención a la etapa final de la entrevista como a las que la precedieron.

COMUNICACIÓN DURANTE LA ENTREVISTA

Hasta ahora se han analizado, sobre todo, los puntos relativos a los *procedimientos* generales y particulares que emplean los expertos clínicos para establecer y conducir la conversación con sus clientes. Por lo general, el empleo de una combinación sensata de estos procedimientos se considera un componente vital para el establecimiento efectivo del "rapport" y la recopilación de información fructífera. Sin embargo, existen otros factores que contribuyen de una manera significativa a la calidad de la entrevista. Uno de los principales factores es la claridad de la *comunicación* entre el entrevistador y la persona entrevistada. Toda la habilidad del clínico para plantear buenas preguntas, fomentar la expresión del cliente, o efectuar cambios suaves de un tema a otro puede ser poco valiosa si no comprende lo que dice el cliente y si el cliente no comprende el lenguaje del clínico.

El problema básico de la comunicación en la entrevista (y también de casi todas las interacciones humanas) consiste en la transmisión del mensaje. La persona

que habla debe producir el mensaje que desea transmitir en una forma comunicable (por ejemplo, palabras, gestos y otras formas parecidas) y luego lo debe enviar. La persona que escucha debe recibir el mensaje e interpretarlo de acuerdo con su propio marco de referencia. Desafortunadamente, pueden ocurrir deslices en la comunicación de manera frecuente durante varios de los intervalos de la comunicación tanto a través de los canales verbales como de los no verbales.

Debido a que los expertos clínicos ansian evitar los problemas de la comunicación, realizan grandes esfuerzos por optimizar la claridad de los mensajes que emiten y estar siempre sensibles y seguros acerca de los mensajes que ellos reciben del cliente. Considérese un ejemplo de una comunicación clínica deficiente para después analizar la manera cómo se puede reducir la probabilidad de que sucedan las "interrupciones" verbales y no verbales de este tipo. En el siguiente intercambio hipotético, se presentan entre paréntesis los pensamientos de la persona que habla:

Clínico: (¿Cómo habrá sido su vida social de adolescente?) Platícame un poco acerca de las amistades que tuviste en el bachillerato.

Cliente: (Tuve muchos conocidos y relaciones sociales superficiales, pero solamente una verdadera amistad.) Solamente tuve un amigo, que se llamaba "Mike".

Clínico: (Así que era bastante solitario). ¿Cómo te sentías acerca de eso?

Cliente: (Estaba muy bien. Yo me divertía mucho, iba a muchas fiestas, tenía muchas citas, pero sabía que siempre podía confiar en "Mike" cuando deseaba platicar acerca de cosas muy personales.) Lo disfrutaba. "Mike" y yo nos llevábamos muy bien.

Clínico: (No solamente se mantuvo aislado socialmente, sino que afirma que le gustaban que las cosas así fueran. ¿Estará siendo sincero consigo mismo acerca de eso?) ¿Alguna vez deseaste tener más amistades?

Cliente: (Este tipo, ¿qué le pasa?, como si fuera un crimen solamente tener un verdadero amigo íntimo. Creo que ya hemos platicado suficiente sobre esto).No.

Comunicación verbal En el ejemplo que se acaba de presentar, el clínico emplea el término "amistad" para referirse tanto a los amigos casuales como a los íntimos. El cliente recibió la palabra de una manera correcta, pero debido a que poseía un significado diferente para él, condujo a una confusión. La conversación pudo haberse prolongado de esta manera por un periodo considerable hasta que el clínico y el cliente aclararan su problema.

Los casos en los cuales el entrevistador y el cliente literalmente no hablan el mismo idioma ejemplifican la versión más extrema de una falta de comunicación verbal,[5] pero es posible que los abismos menos drásticos sean más sutiles y difíciles de reconocer. A pesar de que el cliente y el clínico pueden hablar el mismo idioma en un sentido técnico (y por lo tanto pueden suponer que se entienden bien entre sí), el entrevistador debe estar consciente de que las diferencias educacionales, sociales, raciales, culturales, económicas o de otro tipo que existen entre ellos

[5]Esto no es tan exagerado como podría parecer. Los autores han escuchado muchas "entrevistas" entre médicos extranjeros y los pacientes de los hospitales de salud mental que terminaron en una confusión completa para todos los que estaban implicados.

pueden reducir de una manera seria o hasta borrar por completo la posibilidad de una comunicación efectiva. A menos que el clínico esté familiarizado con el ambiente y el marco de referencia del cliente, tome esto en consideración y pida aclaraciones en caso de que no comprenda los contenidos verbales del cliente, lo más probable es que la entrevista sufra de verdaderas deficiencias. Considérese este ejemplo:

Cliente: Cuando estoy en situaciones tan gruesas, de plano me saco de onda.

Clínico: ¿Qué es lo que te saca de onda?

Cliente: Pues, todo el asunto. Todo mundo como si le vale y nomás así haciendo cosas. Parece que no la puedo hacer con nadie, por eso creo que me "friquee".

Clínico: ¿Y luego qué pasa?

Cliente: Casi siempre me voy a casa y me duermo. Pero casi siempre estoy bastante aplatanado.

Clínico: ¿Me estás diciendo que tú no encajas con estas personas y que eso es lo que te aplatana?

Cliente: Pues, no sé. Ellos son mis amigos, yo creo, pero no salen bien las cosas. (Morganstern, 1976, pp. 67-68).

¿Se comprenden bien estas dos personas? No se puede dar una respuesta segura a esta pregunta, y si la entrevista continúa con este tono, ni siquiera ellos lo pueden asegurar. De acuerdo con esta probable confusión, el clínico necesitará pedirle al cliente que aclare el significado de sus palabras. Lo pudo haber hecho en seguida de esta manera:

Cliente: Cuando estoy en situaciones tan gruesas, de plano me saco de onda.

Clínico: Creo que tengo una idea de lo que estás diciendo, pero casi todas las personas se forman interpretaciones un poco distintas. Así que me pregunto si me puedes ayudar a que comprenda mejor lo que me quieres decir. Por ejemplo, cuando tú dices que te sacas de onda en estas situaciones, ¿qué quieres decir?

Cliente: Pues, tú sabes, me saco de onda. Me pongo tenso.

Clínico: ¿Quieres decir que tus músculos se ponen tensos?

Cliente: Me duele mucho el cuello y también me da dolor de cabeza muchas veces.

Clínico: ¿Te das cuenta de que suceda alguna otra cosa?

Cliente: Pues, debido a mi cuello o dolor de cabeza, empiezo a sudar mucho.

Clínico: Así que cuando dices que te sacas de onda en realidad lo experimentas de una manera física. ¿Qué tipo de cosas te dices a ti mismo cuando esto sucede?

Cliente: Yo estoy pensando, manito tú si que estás paranoide. No más no te puedes relajar en ninguna situación. De veras que estás hecho para perder. Y entonces me salgo de ahí bien rápido. . . (Morganstern, 1967, p. 68). En este segundo caso, se aumenta en muchos sentidos la cantidad de claridad en la información que se transmite.

Los clientes se pueden confundir tanto como los clínicos, pero aquellos que no desean parecer "estúpidos" o cuestionar a una persona "con autoridad" pueden ocultar su dilema. Pueden irse de la consulta simplemente sintiéndose enojados. Alguna evidencia sobre este aspecto proviene de un estudio que diri-

gieron Horsch y Negrete (1972) en un ambiente médico. Entre otras cosas, sus datos demostraron que se obstruía la comunicación entre los doctores y las madres de los pacientes, en una clínica pediátrica, por medio del uso de los términos médicos, y como resultado los clientes a menudo estaban confundidos e insatisfechos. Por ejemplo, algunas veces se supuso que una punción lumbar (en la parte extrema de la espina) era una operación para drenar los pulmones del niño y otra madre interpretó el "periodo de incubación" como el tiempo que debía quedarse en cama su hijo.

A menudo es difícil evitar algunos problemas parecidos en la Psicología clínica, pero la tarea se puede facilitar al prestar atención a determinadas pautas. Los entrevistadores hábiles tratan de evitar (o por lo menos explicar) la jerga, formulan sus preguntas de una manera directa y concisa (es decir, "¿Qué experiencias de masturbación has tenido?", en lugar de "¿algunas veces te tocas"), y con frecuencia piden la retroalimentación de su cliente (por ejemplo, "¿Todo esto tiene algún sentido para ti?").

Además, los clínicos tratan de asegurar que su conducta verbal comunique interés, paciencia, preocupación y aceptación. Por lo general no se consideran buenas las expresiones, por parte del entrevistador, de hostilidad, beligerancia, impaciencia, ridículo, menosprecio, o prejuicio. Goldstein (1976) resumió algunas verbalizaciones adecuadas y no adecuadas durante la conversación con el cliente, a partir de Welberg (1967) y que ejemplifican los tipos de comunicaciones verbales que los clínicos prefieren (y evitan). A continuación se presentan dos ejemplos como éstos que fueron publicados:

1. Cliente: Siento que no puedo obtener ayuda y que debería terminar con todo esto.
Respuestas inadecuadas:
A. Más vale que te sacudas para que se te quite pronto.
B. Pues mira nomás, qué actitud tan agradable.
Respuestas adecuadas:
A. Me pregunto qué estará detrás de este sentimiento tuyo.
B. Parece como si pensaras que estás al final de tu camino.

2. Cliente; La gente considera que soy muy inteligente.
Respuestas inadecuadas:
A. Una opinión con la cual tú sin duda estás de acuerdo.
B. Por los líos en que te has metido, a mí no me parece que seas in teligente.
C. Hasta un imbécil algunas veces llega a pensar que es inteligente.
Respuestas adecuadas:
A. ¿Y cómo te sientes tú acerca de eso?
B. Eso me da la impresión de que tú no estás muy seguro acerca de tu inteligencia.

Comunicación no verbal Como sucede con todos los seres humanos, un flujo constante de conducta no verbal acompaña casi toda la conducta verbal del cliente (y del clínico). De hecho, generalmente el canal de comunicación no verbal per-

manece abierto aun cuando se cierre el canal verbal. Durante siglos, los individuos muy perceptivos han comprendido este acontecimiento (véase McReynolds, 1975) y en 1905 Freud resumió bien este aspecto: "Aquel que tiene ojos para ver y oídos para escuchar se puede convencer a sí mismo de que ningún mortal puede guardar un secreto. Si sus labios permanecen callados, charla con la yema de sus dedos; la traición escurre de su persona en cada uno de sus poros" (pp. 77-78). Debido a que los dos integrantes de una diada de entrevista se envían y reciben mensajes no verbales, el clínico debe de ser sensible no solamente a las señales que le envía el cliente, sino también a las que él transmite.

A continuación se presenta una muestra representativa de las dimensiones no verbales de una entrevista:

1 La apariencia física; por ejemplo, estatura, peso, aliño, estilo y condi ciones de la vestimenta, características fuera de lo común (por ejemplo, parálisis parcial, pérdida de un miembro), desarrollo muscular, estilo de peinado.

2 Los movimientos; por ejemplo, gestos, movimientos repetitivos de un brazo, mano, cabeza, pierna o pie, "tics" u otros movimiento^ involuntarios en apariencia, marcar el paso, manipulación de los cigarros, cerillos u otros ob jetos.

3 La postura; por ejemplo, floja o relajada al estar de pie o sentarse, rígida, brazos o piernas cruzadas o no cruzadas, apoya la cabeza en las manos.

4 El contacto ocular; por ejemplo, constante, huidizo, ninguno.

5 La expresión facial; por ejemplo, sonrisas, fruncir el ceño, muecas, alzar las cejas.

6 La excitación emocional; por ejemplo, lágrimas, ojos "húmedos", sudoración, labios resecos, tragar a menudo, sonrojos o palidez, temblor en la voz o mano, respiración rápida, cambios frecuentes en la posición corporal, reacciones de "sor prendido", carcajadas inapropiadas.

7 Las variables en el habla; por ejemplo, tono de la voz, velocidad, comerse sílabas o letras, ceceo, tartamudeo, bloqueo, acento, claridad, "estilo", cambios frecuentes en el tema, omisión de contenido importante.

Además de "detectar" la naturaleza de las conductas no verbales del cliente, los clínicos también toman nota de las consistencias e inconsistencias entre los canales verbales y no verbales. Por consiguiente, se le dará menos credibilidad a la afirmación, "Me siento bastante bien hoy", si la persona lo dice está a punto de derramar unas lágrimas que si manifiesta una sonrisa de felicidad.

De una manera semejante, el entrevistador intenta coordinar su propia conducta verbal y no verbal con el propósito de no enviar mensajes ambiguos al cliente. Se le dará más peso a la expresión "toma tu tiempo" como una actitud de interés tranquilo y paciente por parte del clínico si lo dice de una manera lenta y con voz algo baja que si lo dice precipitadamente mientras está moviendo su pie rápidamente. El contacto ocular amigable, cierta cantidad de movimientos afirmativos con la cabeza, una sonrisa o carcajada ocasional (cuando son apropiadas), y una postura atenta, contribuyen a que el cliente se entere que el entrevistador está

escuchando con interés. Sin embargo, si se exagera, puede resultar contraproducente. Es posible que una sonrisa constante, las cejas continuamente en posición de asombro, mirando de reojo (acompañadas de murmullos de "mm-jmm"), y otros artificios teatrales solamente comuniquen que el entrevistador se siente ansioso (Wellen, 1956).

La mayoría de los clínicos concuerdan al considerar que la observación de las dimensiones no verbales comienza en el momento en que el cliente y el clínico se conocen por primera vez y continúa hasta que se separan. A menudo difieren, sin embargo, con respecto a lo que significa la conducta no verbal. Lo más probable es que los entrevistadores comprometidos con una aproximación orientada hacia la interpretación de señales formulen inferencias a partir de las conductas no verbales de un nivel más alto que aquellos que adoptan una posición orientada hacia la consideración de las conductas como muestras.

Por ejemplo, la interpretación del aprendizaje social de un aumento en la respiración, sudoración, y movimientos incesantes mientras un cliente habla acerca del sexo sería que está asociando algún grado de excitación emocional con ese tema. Otros clínicos irían más lejos. Los fenomenólogos podrían observar con cuidado la forma que toman los gestos y movimientos incesantes (como, por ejemplo, sacudir el polvo de la camisa) e interpretar una negación de los sentimientos sexuales o una petición al entrevistador de que se "mantenga alejado". Los entrevistadores psicodinámicos podrían avanzar un paso más y postular que las conductas no verbales (por ejemplo, darle vueltas a un anillo en el dedo) son representaciones simbólicas de la actividad sexual u otros impulsos incoscientes (por ejemplo, Feldman, 1959; Garner, 1970).[6]Sin embargo, independientemente del nivel de inferencia que surja a partir de la conducta no verbal, ésta sirve como un canal poderoso de comunicación y una fuente valiosa de datos suplementarios de la entrevista.

Una nota general Existen muchos aspectos de las entrevistas clínicas que no se han analizado debido a las limitaciones de espacio y a los objetivos de este estudio. Algunos de los temas que no se han abordado y que debe enfrentar el psicólogo clínico en la situación de la entrevista son: el manejo de los silencios, cómo dirigirse al cliente, las ventajas y las desventajas de tomar apuntes, el manejo de las preguntas personales, y hasta qué punto es aconsejable confrontar a un cliente con sus inconsistencias y cuándo se debe hacer. Al lector que esté interesado en una mayor y más detallada exploración de las técnicas de la entrevista se le refiere a la bibliografía que se listó al inicio de este capítulo.

INVESTIGACIÓN SOBRE LA ENTREVISTA

Ahora corresponde analizar alguna investigación sobre la entrevista considerada como un acontecimiento social y como una fuente de datos de evaluación.

[6] Las inferencias de niveles moderados y altos acerca de la conducta no verbal en las situaciones que no son clínicas también son comunes, como lo ejemplifican los libros populares tales como *Body Language* (Fast, 1970) y *Man Watching: A Field Guide to Human Behavior* (Morris, 1977), así como obras de una naturaleza más académica (por ejemplo, Harper, Wiens y Matarazzo, 1978).

Interacción social y la influencia en la entrevista

Hasta 1942, fecha en que Cari Rogers publicó las primeras transcripciones de las grabaciones fonográficas de entrevistas de terapia, se desconocía la naturaleza exacta de las interacciones clínicas.[7] Después, empezó a crecer rápidamente la cantidad de investigación sobre la entrevista. En un principio, se centró en algunos temas básicos como los efectos de registrar la entrevista y la precisión relativa y la integridad de los resúmenes de los clínicos versus los registros electrónicos de la misma intrevista (Covner, 1942,1944: Snyder, 1945). Sin embargo, una vez que quedó establecido que los aparatos de grabación no interrumpían o perturbaban la entrevista de manera significativa y proporcionaban el panorama más completo acera de la entrevista, los investigadores emprendieron sus estudios en muchas direcciones nuevas.

Investigación descriptiva Una de estas direcciones nuevas implicó la investigación descriptiva cuyo objeto era relacionar las variables de la entrevista con las variables que fomentaban el "rapport" (simpatía y empatia entre los integrantes), la efectividad de la terapia y otras dimensiones interpersonales. Algunos de los estudios se centraron en encontrar las diferencias entre las tácticas específicas de la entrevista empleadas por los rogerianos y los que no eran rogerianos (por ejemplo, Porter, 1943; Seeman, 1949; Snyder, 1954; Strupp, 1960), mientras que otros tenían el propósito de definir las variables de la entrevista tales como la "resistencia" (Snyder, 1953), la "ambigüedad" del entrevistador (Bordin, 1955) y la "calidez" de la entrevista (Rausch y Bordin, 1957). Todavía hubo otros investigadores que se dedicaron a analizar de manera detallada el contenido audible de las conversaciones como un medio para lograr una mejor comprensión del proceso de la entrevista (por ejemplo, Auld y Murray, 1955; Leary y Gilí, 1959, Mahl, 1959). Un equipo de investigadores dedicó varios años al análisis de contenido de únicamente los primeros cinco minutos de una sola entrevista (Pittenger, Hockett y Danehy, 1960).

Algunos investigadores también intentaron describir las entrevistas (y las personas y sus relaciones) en términos de las variables *no relacionadas con el contenido.* Se empleó un equipo especializado para recopilar información acerca de varios factores como la excitación fisiológica (por ejemplo, ritmo cardiaco) del entrevistador y del cliente (por ejemplo, Dimascio, Boyd, Greenblatt y Solomon, 1955; Greenblatt, 1959), y la estabilidad, idiosincrasias y "equilibrio" de su habla y duración de silencios (por ejemplo, Lennard y Bernstein, 1960; Saslow y Matarazzo, 1959). Se ha sugerido que los datos de este tipo se pueden utilizar operacionalmente para definir varios tipos de clientes (por ejemplo, "esquizofrénicos" versus "normales") y los conceptos de la entrevista tales como "empatia", "transferencia" y "penetración" ("insight") (Matarazzo, 1965).

[7]Las grabaciones de Rogers cuando aparecieron se consideraron escandalosas debido a que la tradición prohibía todo lo que no fueran reportes narrativos de caso. El hecho de que él fuera un *psicólogo* (no un psiquiatra) que le daba terapia a un adulto causó que las revelaciones de Rogers aún fueran más reprobadas por aquellos que todavía no se acostumbraban al incremento de las funciones del clínico después de la guerra.

Investigación experimental La investigación descriptiva clínica y de laboratorio de la década de 1940 y 1950 generaron grandes cantidades de datos acerca de la entrevista y pusieron de relieve su complejidad como un acontecimiento social. Otra dimensión de esta complejidad se puso de manifiesto cuando los experimentos confirmaron que las entrevistas no son solamente contextos donde se recopilan datos, sino que también son situaciones de *influencia social*. En gran medida la conceptualización de Skinner (1948,1957) de la conducta verbal como un conjunto de clases de respuestas que pueden modificarse a través de sus consecuencias estimuló este tipo de investigaciones.

Pronto eomenzaron a publicarse decenas de estos estudios sobre el *condicionamiento verbal*. En general, demostraron que las clases de respuestas bastantes simples (como la utilización de sustantivos plurales) no eran las únicas que se veían afectadas por el reforzamiento, sino que las verbalizaciones de la entrevista :on mayor importancia clínica (tales como las opiniones positivas o negativas, los reportes de los recuerdos familiares, la expresión de los sentimientos, las autoevaluaciones y las verbalizaciones delirantes) pueden alterarse a través de la retroalimentación contingente del entrevistador (véase las revisiones de Greenspoon, 1962; Kanfer, 1968; Krasner, 1958, 1965; y Salzinger, 1959).

Otras investigaciones demostraron que el clínico puede ejercer una influencia sistemática sobre las variables que no se relacionaban con el contenido de la entrevista (por ejemplo, la duración y frecuencia de las verbalizaciones y silencios del cliente). Por ejemplo, en varios estudios, la duración del habla del entrevistado aumentó cuando el entrevistador movía su cabeza afirmativamente o decía "mm-jmm" mientras escuchaba (Kanfer y McBrearty, 1962; Matarazzo, 1965). La actividad de Matarazzo y sus colegas (por ejemplo, Matarazzo, Weitman, Saslow y Weins, 1963) demostró otras formas como se relacionan el habla del cliente y del clínico durante la entrevista. A medida que un entrevistador aumentaba y luego disminuía la duración de sus oraciones a lo largo de tres diferentes partes de una conversación, los entrevistados hacían lo mismo. Cuando primero disminuía y luego aumentaba la extensión de su habla, los entrevistados de nuevo seguían el mismo patrón. A esto se le denomina *sincronía* (véase la Figura 5-1).

Un vistazo rápido de los datos del condicionamiento verbal y otros acerca de la influencia del entrevistador podría causar la impresión de que se podría facilitar la evaluación de la entrevista por medio del reforzamiento social del habla del cliente o al incrementar la duración del habla del clínico. Desafortunadamente, el problema no es tan sencillo. Uno de los obstáculos es que, durante la evaluación, los entrevistadores tienen gran interés en evitar el reforzamiento directo de cualquier tipo de afirmaciones en particular debido a que esto puede prejuiciar o distorsionar los datos que se generen. Y, de cualquier manera, todas las relaciones que aparecen en las investigaciones que se han publicado no se mantienen constantes en todos los casos. Como un ejemplo, la *sincronía* se observó originalmente durante varias entrevistas controladas experimentalmente. A pesar de que se ha manifestado en otros ambientes (es decir, las conversaciones entre los astronautas y sus torres de control terrestres; Matarazzo, Weins, Saslow, Dunham y Voas, 1964) no se encontró en una situación de terapia (Matarazzo, Weins, Matarazzo y



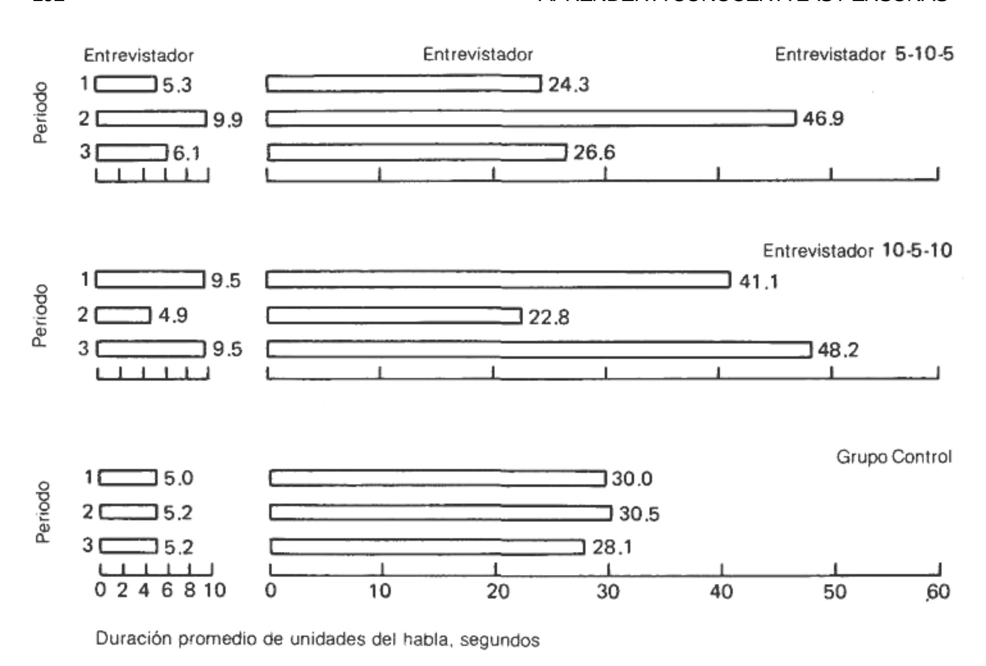


Figura 5-1 La influencia del entrevistador sobre la duración del habla del entrevistado. *(Del* Hand-**book** of Clinical Psychology, *editado por Benjamín B. Wolman. Copyright* © 1965 de McGraw-Hill Book Company. Utilizado con permiso de McGraw-Hill Book Company.)

Saslow, 1968). Además, la utilización de los "mm-jmms" en especial cuando no fueron contingentes sobre determinadas respuestas, no produjo siempre un aumento en la conducta verbal del entrevistado (por ejemplo, Siegman, 1976, y hasta la puede disminuir (Siegman, 1972, 1975). Davis (1971) presentó varios datos que sugieren que en lugar del reforzamiento social o en combinación con éste, también puede darse la competencia social en algunas entrevistas.

Hallazgos como los anteriores sugieren que *la situación* en la que se lleva a cabo la entrevista y los *papeles (roles) sociales* de los participantes pueden alterar de manera significativa la naturaleza de la interacción. En la terapia, por ejemplo, la influencia del clínico para producir la sincronía puede verse mermada, obscurecida o hasta invertida por medio de la influencia que el cliente ejerza sobre el clínico. En otras palabras, a menos que el clínico se proponga controlar de manera experimental la duración de sus verbalizaciones (como en la Figura 5-1), éstas pueden aumentar con los pacientes que estén más callados y disminuir con aquellos que sean más platicadores (por ejemplo, Heller, Meyers y Kline, 1963; Lennard y Bernstein, 1960). Pope, Nudler, VenKorff y McGee (1974) demostraron que el status comparado (o el prestigio e importancia que tenga uno y otro) del entrevistador y el entrevistado puede ejercer influencia sobre su conducta de interacción. Cuando los entrevistadores estudiantes novatos hablaron con otros estudiantes en una situación experimental, ocurrió la sincronía en la producción verbal, pero desapareció cuando unos profesionistas de una posición más alta llevaron a cabo las entrevistas.

Se han efectuado muchos otros experimentos acerca de la influencia social en el transcurso de una entrevista y la cantidad de la literatura continúa aumentando (véanse las revisiones de Heller, 1971; Jourard, 1969; Matarazzo, 1962, 1965; Matarazzo y Weins, 1972; Weins, 1976). Algunos de los datos son sorprendentes. Por ejemplo, parece que los entrevistadores "cálidos" no siempre aumentan la calidad y cantidad del habla de la persona entrevistada (Heller, 1972; Heller, Davis y Meyers, 1966) y que el hablar sobre asuntos más personales y autodelatarse puede verse facilitado con los entrevistadores que son más reservados (hasta hostiles) y que transmiten mensajes algo ambiguos (Ganzar y Sarason, 1964; Heller, 1972). Esto puede atribuirse a que, en circunstancias experimentales que provocan una tensión moderada, algunos sujetos sienten que deben tratar de complacer al entrevistador "diciéndolo todo". Sin embargo, parece dudoso que las conductas del entrevistador que producen tensión fomenten en el cliente las verbalizaciones y el grado de intimidad necesario durante las entrevistas reales de la evaluación clínica (Heller, 1972).

En resumen, la investigación sobre la interacción y la influencia en la entrevista ha demostrado que éstas son áreas de los aspectos extremadamente complicados de la conducta social que están bajo la influencia de una amplia variedad de factores del entrevistador, cliente, relación y situación. Los datos que hasta la fecha se han publicado presentan un avance alentador en las técnicas y elegancia conceptual de los investigadores, pero no proporcionan la forma "correcta" cómo deben los clínicos conducir sus entrevistas (Richardson, Dehrenwend y Klein, 1965). De hecho, probablemente debido a que no hay una sola forma "correcta", por parte de todos los entrevistadores, para dirigirse a todos los clientes en cualquier circunstancia, el valor más grande de la investigación pasada y futura acerca de la entrevista reside en que proporciona información científica acerca de lo que probablemente ocurre cuando diversas combinaciones de personas, estrategias y situaciones se presentan en el contexto de la evaluación clínica.

Confiabilidad y validez de los datos de la entrevista

Es casi imposible mencionar la confiabilidad y la validez de la entrevista como si fueran características fijas de todas las conversaciones clínicas. Si se tiene en cuenta la investigación que se describió en la última sección, debería ser obvio que el grado hasta el cual el entrevistado ofrece la misma información en diferentes ocasiones o a diferentes entrevistadores (confiabilidad) y el grado hasta el cual esa información es adecuada (validez) puede depender del clínico, el cliente y las circunstancias en las que se lleva a cabo la entrevista. Aún se desconoce la manera exacta cómo estos factores afectan la confiabilidad y validez de la entrevista (Morganstern, 1976), de tal forma que solamente se puede proporcionar una idea general acerca del valor de la entrevista como una fuente de datos.

Confiabilidad Algunos escritores han estimado la confiabilidad de la entrevista por medio del análisis del grado hasta el cual diferentes jueces concuerdan en las *inferencias* (por ejemplo, calificaciones, diagnósticos o descripciones de los rasgos de la personalidad) que se derivan de las conversaciones con el mismo cliente

(Berg, 1966; Matarazzo, 1965). Desafortunadamente, éste provoca una confusión acerca de la confiabilidad entre lo que *dice* el cliente con la cualidad del sistema de inferencias del entrevistador (por ejemplo, las categorías diagnósticas). Por ejemplo, si un cliente le dice a dos clínicos lo mismo y cada uno de ellos formula diferentes conclusiones a partir de su verbalización, parece razonable afirmar que la entrevista fue confiable, pero que las inferencias de los clínicos no lo fueron.

Parece más importante hablar acerca de la confiabilidad de los datos de la entrevista en sí. En teoría, se esperaría que las respuestas de los clientes fueran muy semejantes a lo largo de varias entrevistas o con diferentes entrevistadores, pero curiosamente casi no hay información clínica sobre este punto. Los datos disponibles provienen de la investigación con base en sondeos e indica que cuando el encuestador requiere de información inocua (por ejemplo, la edad de la persona) o cuando los intervalos de tiempo entre cada entrevista son cortos, la confiabilidad puede ser bastante alta (por ejemplo, Sobell y Sobell, 1975; Vaughn y Reynolds, 1951).

Otros datos de la entrevista pueden resultar menos confiables, especialmente cuando pasa un periodo considerable entre cada reporte del cliente. Wenar y Coulter (1962), por ejemplo, encontraron que el 43 por ciento de los padres que entrevistaron proporcionaron una información consistente acerca de la historia de sus hijos (por ejemplo, la edad en que se les entrenó a controlar los esfínteres) cuando había una separación de 3 a 6 años entre las entrevistas. Se ha realizado otra investigación acerca de los informes de los padres sobre la historia conductual de sus hijos que ha demostrado que la confiabilidad tiende a ser bastante baja cuando las preguntas se relacionan con aspectos vagos tales como "sobreactividad" y bastante alta en cuestiones que se pueden definir más fácilmente como la conducta de tartamudeo (Lapouse y Monk, 1958). Además, los informes sobre los hábitos de crianza tales como el destete y el entrenamiento en el control de esfínteres tienden a cambiar de una a otra entrevista, por lo general en dirección de las nuevas recomendaciones médicas de tal forma que los padres se manifiestan más actualizados, de acuerdo con las últimas tendencia en los hábitos de crianza (Robbins, 1963). Quizá debido a que la confiabilidad de la entrevista clínica es una suposición o a que en las situaciones clínicas comunes, hay poco interés en obtener la misma información más de una vez, la mayor parte de la investigación que evalúa los factores de la entrevista se ha concentrado en su validez.

Validez Es posible que en un sentido absoluto, los datos de la entrevista sean sumamente precisos y que al compararlos con otros instrumentos para la evaluación, sean la mejor fuente de información clínica. En un estudio citado por Thorne (1972), por ejemplo, las respuestas a la pregunta: "¿Eres homosexual?" constituyeron indicadores de la orientación sexual mucho más válidos que cualquier otra combinación de pruebas psicológicas. De una manera semejante, Mischel (1968) cita algunas pruebas que indican que lo que las personas dicen que harán es un mejor predictor de su conducta futura que los puntajes que obtienen en las pruebas. A pesar de que esto no cause gran sorpresa, de cualquier forma se debe tener en cuenta que se puede reducir la validez de las respuestas de la entrevista en determinadas circunstancias.

La respuesta de un cliente a la petición: "Platíqueme algo acerca de sus problemas conyugales" puede ser muy diferente de su respuesta a la pregunta, "¿Por qué no se puede llevar bien con su esposo?" (Ganzer y Sarason, 1964; Heller, 1972: Pope y Siegman, 1968; Thomas, 1973). Además, las características sobresalientes del entrevistador tales como la edad, el sexo, o la raza pueden alterar de una manera significativa el candor de la persona que se entrevista (por ejemplo Benney, Reisman y Star, 1956; Cantril, 1944; Grantham, 1963; Erlich y Reisman, 1961; Hyman, Cobb, Feldman, Hart y Stember, 1954; Katz, 1942; Ledvinka, 1971).

Los clientes también pueden recordar de una manera equívoca o, por algún motivo especial, pueden llegar a distorsionar deliberadamente varios tipos de información. En algunas ocasiones, hasta los datos sencillos, objetivos y que se pueden comprobar fácilmente, como si se agrega crema al café, la posesión de una licencia automovilística, el promedio académico, y la estatura, peso y fecha de nacimiento de los hijos se llegan a informar de una manera imprecisa (Cannell y Kahn, 1968; Doering y Raymond, 1935; Pinneau y Milton, 1958; Walsh, 1967; Yarrow, Campbell y Burton, 1970). Es más probable que se distorsione en alguna medida la información de una naturaleza más sensible, menos particular o con mayor carga emocional, como el uso de drogas, los ingresos anuales, las creencias religiosas, la historia criminal, la conducta sexual, los hábitos de crianza, los desórdenes del comportamiento, u ocasiones y duración de la estancia en un hospital mental (Ball, 1967; Chess, Thomas y Birch, 1966; Dirks y Kuldau, 1974; Fidler y Kleinknecht, 1977; Mednick y Schaffer, 1963; Schwitzgebel y Kolb, 1974; Sobell, Sobell y Samuels, 1974). A menudo los clientes se muestran cautelosos acerca de lo que deciden sobre sí mismos y a quién se lo dicen, lo cual es comprensible; un amigo se puede reír acerca de sus cuentos sobre sus imitaciones de diferentes verduras pero un psiquiatra o psicólogo lo pueden tomar de una manera más seria. Algunos autores denominan el deseo de las personas por presentarse de determinada forma ante un "profesionista de la salud mental", como "el manejo de la impresión" (Braginsky, Braginsky y Ring, 1969; Goffman, 1959) y éste puede provocar datos de la entrevista que carecen de validez (Sherman, Trief y Sprafkin, 1975).

Los factores situacionales de varios tipos también pueden afectar la validez de los datos de la entrevista. Es fácil imaginarse que lo que una persona le diría a un entrevistador en una transmisión televisiva nacional sería muy distinto a la información que proporcionaría en un consultorio privado. Y aun en privado, el grado hasta el cual una persona delata asuntos personales acerca de sí mismo puede variar en función de los puntos que se abordan y de acuerdo con la expectativa de candor o franqueza que se tienen para la situación (Heller, 1971; Wilson y Rappaport, 1974).

Errores y prejuicios del entrevistador Hasta los datos válidos y confiables de la entrevista tienen poco valor clínico si el entrevistador los disloca de alguna manera. Por consiguiente, es imposible concluir una evaluación de la entrevista como fuente de información sin mencionar su susceptibilidad de ser distorsionada. Por desgracia, esta susceptibilidad está considerablemente difundida.



Caricatura 5-1 Miss Peach de Mell Lazarus. *(Cortesía de Mell Lazarus y Field Newspaper Syndicate.)*

Es posible que la distorsión sea accidental, como cuando el entrevistador no registra adecuadamente las palabras del cliente. A menos que la interacción se capte a través de una grabación auditiva o por medio de una videocinta, la información potencialmente importante se puede perder o representar de una manera equivocada debido al gran volumen de datos que se representaron. En algunas ocasiones, los "errores" son deliberados. Schwitzgebel y Kolb (1974) citaron la siguiente verbalización por parte de un entrevistador que había sido contratado para conducir varias indagaciones estructuradas: "Una de las preguntas pedía que se interrogara a los padres sobre cinco razones por las cuales habian llevado a sus hijos a la institución. Descubrí que a la mayoría de las personas no se les ocurren cinco motivos. Como no se quería que el jefe pensara que yo estaba flojeando, yo siempre llenaba las formas con las cinco razones."

Los prejuicios y las preferencias personales pueden afectar de una manera muy importante las conclusiones que deriven los entrevistadores clínicos (y no clínicos). En un estudio realizado por Rice (1929) hace ya algún tiempo, pero que aún tienen su importancia, los juicios de unos trabajadores sociales acerca de la razón por la cual unos rebeldes sin causa habían terminado en la inopia se relacionaron más con los puntos de vista personales y no simplemente con los datos de la entrevista. De esta manera, un entrevistador que estaba a favor de la prohibición de bebidas alcohólicas consideró que el 62% de los casos de pobreza eran ocasionados por la ingestión del licor, mientras que un socialista afirmó que la pobreza se debía a las condiciones económicas. La investigación más reciente indica claramente que los factores que no se relacionan de una manera importante con la información obtenida en la entrevista determinan los diagnósticos supuestamente basados en la entrevista. Para citar dos ejemplos, Mehlman (1952) y Raines y Rohrer (1955,1960) demostraron que los entrevistadores hacían determinados diagnósticos "favoritos" que aplicaban con una frecuencia mucho mayor que cualquier otra etiqueta. De una manera semejante, Temerlin (1968) encontró que los diagnósticos de los psicólogos y psiquiatras de un cliente se pueden ver determinados por la información prejuiciada que ellos reciban antes de que ni siquiera hayan escuchado al cliente.

Una posible solución a este tipo de problemas podría ser la utilización de un entrevistador mecánico y, de hecho, las entrevistas por medio de una computadora se han incorporado a algunos procedimientos de evaluación médicos y psicológicos (Angle, Hay, Hay y Ellimwood, 1977). Los clientes se comunican con la computadora a través de una pantalla de televisión y una máquina de escribir y aparentemente aceptan con una buena disposición esta interacción entre un ser humano y un ente no humano (Greist, Klein y Van Cura, 1973; Slack y Van Cura, 1968). Esta aproximación casi elimina por completo los errores y prejuicios clínicos tanto en la interrogación como en el registro de las respuestas. Aun de esta manera, no es probable que las computadoras substituyan a los seres humanos ni que eliminen por completo los juicios y errores humanos de la evaluación basada en las entrevistas, debido a que la flexibilidad de un clínico vivo es una parte indispensable de las entrevistas. Sin embargo, *es* probable que las computadoras produzcan un gran ahorro de tiempo y energía en la recopilación de la información rutinaria. También pueden reducir la distorsión en el proceso de la evaluación clínica al proporcionar otro medio mecánico de recopilación de datos que constituya un suplemento de los procedimientos más subjetivos.

Nota final La investigación que se ha conducido acerca de la entrevista como una fuente de datos de evaluación no justifica la formulación de una sola conclusión que comprenda todos sus aspectos. Como Garfield (1974, p. 90) lo expresó: "La entrevista se ha utilizado de maneras tan distintas con propósitos tan variados, por individuos con habilidades tan diferentes, que es difícil formular un juicio final acerca de sus valores." Mucho depende de la habilidad del entrevistador, pero la naturaleza exacta de lo que significa el término "habilidad" aún no está clara. A pesar de que la entrevista continuará ejerciendo una función principal como un instrumento de evaluación de la psicología clínica, también debe continuar siendo un elemento que es conveniente investigar. Aun es pertinente la conclusión con la que Peterson (1968a) cierra: "No estamos justificados en suficiente medida como para exaltar las virtudes de la entrevista como un procedimiento clínico por el momento. Se emplea extensamente. Tiene sentido. Pero su mérito como un procedimiento clínico requiere más documentación de la que hasta la fecha se dispone, y su mejoría como un procedimiento aguarda la investigación experimental apropiada." (p. 129).

Capítulo **6**

Las pruebas en la Psicología clínica

Como se vio en el Capítulo 2, la historia de la Psicología clínica como una ciencia y como una profesión está íntimamente relacionada con el desarrollo, administración e interpretación de las pruebas psicológicas. Y a pesar de que los clínicos hoy en día desempeñan muchas funciones además o en lugar de la aplicación de pruebas (Garfield y Kurtz, 1976; Kelly, 1961), varios tipos de pruebas aún forman parte de la investigación y práctica clínica (Buros, 1974, 1975; Lubin, Wallis y Paine, 1971; Wade y Baker, 1977). Por lo tanto, es esencial que se considere la naturaleza y características de las pruebas psicológicas, los procedimientos para su elaboración y los resultados de la investigación sobre su valor como instrumentos de evaluación.

¿Qué es una prueba?

En los términos más sencillos, una prueba no es otra cosa más que una manera particular de observar y describir la conducta de una persona en una situación tipificada ("estándar") (Cronbach, 1970; Peterson, 1968a; Sundberg, 1977). Las pruebas consisten en la presentación de ciertos estímulos planeados (manchas de tinta o preguntas que se deben responder afirmativamente o negativamente, por ejemplo) y la petición al cliente de que responda en alguna forma. Las reacciones del cliente se registran como los *resultados* de la prueba y posteriormente se usan como muestras, signos o correlatos de acuerdo con la estrategia general de eva-

luación del clínico. Así pues, los datos que generan las pruebas pueden conducir a afirmaciones muy conservadoras y específicas a determinadas situaciones (por ejemplo, "Aparentemente el cliente estaba confundido y desorientado durante la situación de pruebas y acertó en 15 de los 60 reactivos") o, en el polvo opuesto, producir inferencias vastas y de un nivel alto (por ejemplo, "Los límites del ego del cliente están tan mal definidos que es poco probable que él manifieste un funcionamiento adecuado fuera de una institución"). Lo más común es que los resultados de una prueba se empleen para deducir inferencias que se encuentren en medio de estos dos extremos.

Algunas personas han equiparado las pruebas con las entrevistas estructuradas, ya que le piden a la persona que contesta la prueba, que responda a algunos estímulos de evaluación especialmente programados y que se presentan con una secuencia predeterminada. También comparten ciertas características con las evaluaciones por medio de la observación al proporcionarle una oportunidad al clínico de mirar y escuchar la forma como el cliente maneja la prueba y la situación de prueba. Sin embargo, en cierta manera, las pruebas se diferencian nítidamente de otras técnicas de evaluación. Por ejemplo:

1 Una prueba se puede aplicar en una situación que no implique una interacción social. A menudo se presentan los reactivos por escrito a un cliente que se sienta en un lugar aislado y anota sus contestaciones en una hoja de respuestas. En este caso, ninguna evaluación de tipo observacional completa los datos obtenidos por medio de la prueba.

2 A menudo se pueden comparar matemáticamente los resultados que se obtuvieron de un cliente en una prueba con cientos o hasta miles de otras personas que ya han tomado la misma prueba. Cuando se dispone de una gran cantidad de datos previos de la prueba (denominados *normas)* para efectuar una comparación con las respuestas de cada cliente nuevo, se dice que la prueba está *estandarizada.*[1]

3 Las pruebas se pueden administrar a grupos de varias personas o de una manera individual. Los exámenes de ingreso a las universidades, los cuales por lo general se aplican en un auditorio o en otro salón grande, proporcionan un buen ejemplo de cómo se puede evaluar una masa de personas al mismo tiempo por medio de las pruebas.

¿Qué se investiga con las pruebas?

Actualmente existen miles de pruebas psicológicas. Están elaboradas con el propósito de que se apliquen a infantes, niños, adolescentes, adultos, ciudadanos retirados, estudiantes, soldados, pacientes de hospitales mentales, oficinistas, prisioneros y casi cualquier otro grupo que uno se puede imaginar (véase Anastasi, 1976 y Cronbach, 1970 para obtener resúmenes del tamaño de un texto). Además, las pruebas se presentan en muchas diferentes *modalidades* o *estilos.* Algunas plantean

[1]Cronbach (1970) se reserva el término "estandarizado" para aquellas pruebas que se administran de la misma manera equivalente por parte de cada examinador. Este es un aspecto importante ya que más adelante se verá que las diferencias en el procedimiento de las pruebas pueden influir en los resultados de las mismas.

preguntas directas y específicas ("¿Algunas veces te sientes desmoralizado?"), mientras que otras piden reacciones más generales a estímulos menos particulares ("Dígame qué es lo que observa en este dibujo"). Algunas se presentan por escrito y el cliente debe responder también por escrito, mientras que otras se presentan de manera oral. Algunas requieren del uso de las habilidades verbales ("¿Qué es una gallina?"), y otras solicitan al cliente que lleve a cabo algún tipo de tarea motora ("Por favor trace el camino correcto por este laberinto").

El reconocimiento de la capacidad de penetración y variedad de pruebas existentes en nuestra sociedad puede ocasionar la suposición errónea de que cada instrumento de prueba pertenece por sí mismo a una categoría única y que las personas que aplican las pruebas buscan medir miles de cosas diferentes acerca de la conducta humana. En realidad, muchas pruebas tienen propósito muy semejantes y se pueden agrupar de manera sorprendente dentro de una cantidad de categorías muy reducida. La gran mayoría de las pruebas persiguen evaluar (1) *el funcionamiento intelectual,* (2) *características de la personalidad,* (3) *actitudes, intereses, preferencias* y *valores,* o (4) diversas *aptitudes.* Más tarde se considerarán algunos ejemplos de estas categorías. Por ahora, vale la pena mencionar que las pruebas que emplean más comúnmente los psicólogos clínicos son las de funcionamiento intelectual y personalidad (Lubin, Wallis y Paine, 1971; Wade y Baker, 1977). Esto se debe en parte a que los clínicos tienden a orientarse hacia estos asuntos en su actividad profesional y también a que las demás personas esperan que ellos proporcionen datos y consejos sobre estas variables.

Una vez que se comprende que las pruebas se centran solamente en unas cuantas metas básicas, puede ser razonable preguntar el motivo por el cual existen tantas pruebas en cada categoría. Una razón es que las personas que aplican las pruebas constantemente desean mejorar la confiabilidad o validez de los instrumentos disponibles. Esto tiene como resultado la creación de ediciones nuevas de las pruebas más antiguas.

Otra razón para la proliferación de pruebas es que hay un interés constante entre los que elaboran y aplican pruebas por medir diversas variables en formas nuevas y más elaboradas. Por ejemplo, el psicólogo A puede considerar que la prueba de ansiedad que desarrolló el psicólogo B realmente no "llega al meollo" de la ansiedad y por tanto construye un instrumento nuevo. El psicólogo C, que está comprometido con otro modelo clínico, puede discutir que tanto A como B están "fuera de base" con sus pruebas y se le ocurre elaborar otro aparato "más significativo". Esta secuencia ha sido especialmente notoria en el área de las pruebas de personalidad, pero es evidente en diversos grados en otras categorías también.

Un tercer factor que es responsable de la variedad de pruebas que a veces desconcierta es los intereses de los que elaboran o aplican pruebas por realizar una actividad cada vez más específica, lo cual provoca el desarrollo de pruebas con propósitos especiales. En la aplicación de pruebas que miden la inteligencia, por ejemplo, se disponen de pruebas para infantes, personas con algún impedimento físico y personas que no dominan el inglés o que provienen de diferentes ambientes culturales. De una manera semejante, los sondeos de las preferencias o intereses generales han sido sucedidos por diversas pruebas con propósitos especiales

que se dirigen hacia la evaluación de, digamos, la manera como pasan su tiempo libre los adolescentes o las cosas que los niños consideran recompensadoras. Una ojeada rápida del último "Mental Measurements Yearbook" (Anuario de Mediciones Mentales) (Buros,1978) o de otros compendios de pruebas (por ejemplo, Chun, Cobb y French, 1975; Comrey, Backer y Glaser, 1973; Goldman y Saunders, 1974; Goldman y Busch, 1978) revelará la existencia de varias decenas más de instrumentos especializados tales como el Cuestionario del aborto, Cuestionario universitario de ingestión de bebidas alcohólicas, la Escala de la fuerza del ego, la Escala de temor a la muerte, la Escala después de un intento de suicidio y el Cuestionario de enfermedades venéreas. Reisman (1966) y DuBois (1970) contienen varios relatos históricos fascinantes de algunas pruebas que en la actualidad se han olvidado.

Procedimientos para la elaboración de las pruebas

El público curioso (o enfadado) a menudo plantea una pregunta básica acerca de las pruebas psicológicas: "¿Cómo es que a los brujos de la mente se les ocurren estas cosas?" La respuesta puede ser bastante compleja, pero es justo decir que las pruebas se construyen por medio de dos formas básicas: de manera *racional* y *empírica.*

La técnica racional comienza con la siguiente interrogante: "¿Qué tipo de prueba y qué reactivos tendrían sentido para la evaluación del aspecto que interesa?", y luego procede a construir una prueba que conteste esa pregunta. Por tanto, constituye una aproximación con "sentido común" para la construcción de una prueba.

Se puede ejemplificar el procedimiento racional a través de un ejemplo absurdo. Supóngase que alguien desea poseer una prueba que identifique de una manera confiable y fidedigna si un adulto humano es de sexo masculino o femenino. Debido a que la aproximación racional implicaría una contemplación acerca del tipo de aspectos que diferencian a cada sexo, el punto de vista personal del clínico acerca de los que distingue a un hombre de una mujer daría forma al contenido de la prueba.

Si el clínico considerase que las características físicas son críticas, y prefiriese un formato de respuestas afirmativas o negativas, los reactivos de la prueba podrían ser algo parecidos a los siguientes:

1 Tengo un pene.
2 Tengo una vagina.
3 Alguna vez tuve un pene.
4 Alguna vez tuve una vagina.
5 Me rasuro la cara.
6 Tengo barba.

Otro clínico puede considerar que una prueba de actuaciones proporcionaría una evaluación más fidedigna y listaría varias *tareas* que él considera que un hombre y una mujer realizan de maneras distintas. Una prueba como ésta podría incluir las siguientes peticiones de conductas que se considera que efectúan de manera diferente los hombres y las mujeres:

1 Haga favor de observar las uñas de sus manos.
2 Haga favor de observar el talón de su zapato.
3 Haga favor de mirar el techo.
4 Haga favor de quitarse un zapato.
5 Haga favor de cruzar sus piernas.
6 Haga favor de levantar estos libros y llevarlos hasta el otro lado de la habitación.

Un tercer individuo puede creer que las características físicas y las actuaciones solamente son indicadores superficiales del sexo y que la "verdadera" masculinidad y femineidad solamente se pueden medir a través de la exploración del inconsciente. La prueba que resultase podría indagar aspectos inconscientes al pedirle al cliente que complete las siguientes frases incompletas:

1 Una persona dependiente es ____________.
2 La fuerza física es________________________.
3 El problema de la mayoría de los hombres _.
4 La mayoría de las mujeres son __________.
5 Me gusta ____________________________.
6 No hay cosa peor que _________________.

En cualquier caso, la forma y el contenido de una prueba construida de manera racional reflejará en gran medida la percepción de la *persona que elaboró la prueba* de lo que juzga que debe ser investigado y la forma cómo se debe llevar a cabo.

La otra opción principal en lugar de los procedimientos racionales es la aproximación empírica. En este caso, en lugar de intentar tomar una decisión de antemano acerca del contenido de la prueba para indagar algún constructo en particular, el que elabora la prueba permite que el contenido "se elija a sí mismo". Por tanto, al construir una prueba del sexo, es posible que el clínico agrupe una gran cantidad de reactivos de autorreporte, tareas de ejecución, manchas de tinta o cualquier otro tipo de medidas, y luego las aplique a una gran cantidad de personas que *ya han sido identificadas* (a través de diversas pruebas de autorreporte, observaciones o pruebas del contenido cromosomático, por ejemplo) como hombres o mujeres. Las respuestas al material de prueba entonces se analizarían para encontrar aquellos reactivos, tareas u otros estímulos que los hombres y las mujeres regularmente manejaron de una manera diferente.

Cuando se identifican tales estímulos, forman parte del contenido inicial de la prueba, *independientemente de si tienen sentido cuando se les considera de una manera intuitiva*. Puede suceder, por ejemplo, que los puntos que discriminan de una forma confiable entre los miembros del sexo masculino y femenino incluyan las respuestas afirmativas a los reactivos tales como "a menudo me sueno la nariz", "el café me da sueño" o "me quedan apretados los zapatos". De una manera semejante, el éxito en una tarea como levantar una silla del piso al mismo tiempo que el sujeto tiene la cintura doblada hacia adelante, pudo haber separado entre los dos grupos. Es posible que las razones *por las cuales* este tipo de reactivos o tareas separan a los hombres de las mujeres se conviertan en tema de una in-

vestigación teórica adicional, pero con una intención práctica, los que elaboran las pruebas por lo general están dispuestos a emplear una prueba bien construida de manera empírica a pesar de que no se pueda explicar claramente su alcance o poder.

¿Cómo es que el futuro constructor de una prueba decide si debe comenzar con procedimientos racionales o empíricos? Varios factores pueden desempeñar una función primordial en la toma de esta decisión. En primer lugar, la aproximación racional por lo general es más rápida, más fácil y menos costosa en términos económicos; no requiere de la aplicación inicial de una gran cantidad de reactivos a grupos grandes de personas para poder establecer cuáles de los reactivos quedarán finalmente incluidos en la prueba. Estos rasgos pueden provocar que los procedimientos racionales sean especialmente atractivos para el clínico que no tienen un acceso fácil a una gran cantidad del material de prueba y de sujetos voluntarios o que se ve obligado por las circunstancias para desarrollar una prueba que se le avisó que debe entregar en un periodo corto.

Los clínicos que están ocupados en la investigación de una determinada teoría también pueden favorecer los procedimientos racionales. Por ejemplo, esa teoría puede mantener la hipótesis de que las personas se diferencian de acuerdo con su "fastidiación" ("nebbishness"). Si no se dispone de una prueba de "fastidiación", el investigador que desea explorar esta hipótesis por medio de la aplicación de una prueba necesitará un instrumento que corresponda con lo que la teoría afirma que es la "fastidiación" y la forma cómo se debe medir. Por consiguiente, el desarrollo de una prueba de fastidiación procedería con lincamientos racionales.

Por otra parte, los clínicos que no están tan interesados en los aspectos teóricos y que disponen de tiempo y otros recursos pueden preferir la aproximación empírica, especialmente cuando intentan realizar predicciones determinadas acerca de las personas. Si la meta de la persona que elabora una prueba consiste, por ejemplo, en la identificación de las personas que tienen mayor probabilidad de graduarse en la facultad de leyes, parece razonable descubrir la manera cómo los abogados con éxito responden a ciertos estímulos de pruebas de una manera que sea confiablemente diferente de los que desertan de la facultad.

En algunas ocasiones, se combinan las técnicas racionales y empíricas, como lo ejemplifica la aproximación de la *consistencia interna* a la construcción de pruebas de la personalidad. En esta aproximación, los datos que provienen de los reactivos que se eligieron de manera racional o de las pruebas existentes que interesan en particular, se analizan a través de varios procedimientos matemáticos complejos para determinar cuáles se correlacionan y descartar los que no lo hacen. Los grupos de los reactivos que se correlacionan se identifican como *escalas* que se consideran como mediciones depuradas de determinadas dimensiones de la personalidad tales como necesidades o rasgos (Maloney y Ward, 1976).

Las combinaciones de los procedimientos racionales y empíricos para la construcción de las pruebas también aparecen en otros contextos. Por ejemplo, la persona que desea construir, mediante procedimientos empíricos, una prueba con reactivos que deben ser respondidos de manera afirmativa o negativa se enfrenta inme-

diatamente con un problema: entre los millones de reactivos que se pueden incluir en el estudio piloto inicial de la prueba, el que elabora la prueba de alguna manera debe decidir cuáles pondrá a prueba. Por lo general, esto se realiza con una estrategia racional; los reactivos se seleccionarán a partir de las pruebas más antiguas y valoradas o simplemente serán aquellos que el clínico considere que deben examinarse. De una manera semejante, a menudo aparecen los procedimientos empíricos durante el desarrollo de algunas pruebas construidas de manera racional. Si la aplicación de un instrumento nuevo "racional" manifiesta que algunos de sus reactivos discriminan mejor entre varios grupos de personas (por ejemplo, las buenas mecanógrafas de las malas),es más probable que se retengan esos reactivos y no los que hayan demostrado poco o ningún "poder".

El último aspecto debe servir como un recordatorio de que independientemente de la forma cómo se construya una prueba *en sus inicios,* su valor como un instrumento de evaluación se debe establecer en última instancia por medio de las técnicas empíricas que investiguen su confiabilidad y validez (véase el Capítulo 4). En un documento oficial de la Asociación Psicológica Americana denominada *Normas para las pruebas y manuales educativos y psicológicos* ("Standards for Educational and Psychological Tests and Manuals") (APA, 1974a) se acentúa y elabora la importancia de ese requisito. Más adelante, en este capítulo, se estudiarán los resultados que han obtenido varias de las pruebas cuando se les ha sometido al escrutinio de la investigación sobre su confiabilidad y validez. Por ahora, considérese la naturaleza y el contenido de algunos de los representantes más sobresalientes de cada una de las cuatro categorías identificadas anteriormente.

TIPOS MÁS IMPORTANTES DE PRUEBAS

Funcionamiento intelectual

Es apropiado comenzar la exploración de las pruebas psicológicas con las mediciones de inteligencia, debido a que, como se observó en el capítulo 2, la historia inicial de la psicología clínica básicamente equivale a la historia temprana de las pruebas de inteligencia.

Casi todas las personas estarían de acuerdo en aseverar que es bueno poseer inteligencia, pero seria difícil que llegaran a un consenso acerca de lo que *es* realmente la inteligencia. Después que Frank (1976) revisó una gran cantidad de difiniciones de este constructo fugaz, concluyó que "la situación se caracteriza por mucha mayor confusión que concordancia" entre diferentes autores (p. 126). Este estado confuso de la definición de la inteligencia es lo que ha generado la broma entre los clínicos de que "Inteligencia es cualquier cosa que midan las pruebas de inteligencia". De hecho, la historia del desarrollo de las pruebas de inteligencia revela que cada persona que elaboró una prueba inicialmente partió con bases racionales y que cada uno de los instrumentos que fue producido (218 pruebas en el libro *Las pruebas impresas "tests in Print"* de Buró en 1974) refleja el punto de vista del creador acerca de cuál es la mejor manera de medir el funcionamiento intelectual.

Hasta cierta medida los modelos o teorías acerca de la naturaleza esencial de la inteligencia han ejercido una influencia sobre la aproximación racional de los

que construyen las pruebas de inteligencia. A pesar de que éste no es el lugar para describir estas teorías (para consultar algunas revisiones, véase a Reisman, 1966 o Maloney Y Ward, 1976), se citará una dimensión principal con el objeto de proporcionar un ejemplo: algunos autores describen la inteligencia principalmente como una característica general (denominada *g)* mientras que otros consideran que consiste en varias (hasta 120) funciones intelectuales especificas (denominadas *s)* tales como la fluidez verbal, el razonamiento y la memoria. Sin embargo, la importancia práctica de *g, s* u otras teorías de la inteligencia para los propósitos de este análisis en verdad es algo limitado, principalmente debido a que los autores de las pruebas no se han apegado considerablemente a la teoría. Aunque en las pruebas que se describen a continuación se pueden encontrar ciertos matices teóricos, en realidad ninguna refleja, digamos el enfoque *g o s de* una manera que sea lo suficientemente clara como para que proporcionen una validación definitiva de alguna de las teorías (Maloney y Ward, 1976).

Escalas Binet En el Capítulo 2 se mencionó que Alfred Binet de ninguna forma fue la primera persona que desarrolló una medición de la inteligencia, pero su prueba original y las revisiones que se han basado en ella están entre los medios más populares e influyentes para evaluar la habilidad mental de los niños. En su forma más antigua (1905), la prueba de Binet consistía en 30 preguntas y tareas, que incluían actividades tales como desenvolver un caramelo, seguir un objeto móvil con los ojos, comparar objetos de diferentes pesos, repetir números u oraciones de memoria, reconocer objetos familiares y otras cosas parecidas (Frank, 1976). El puntaje del niño en la prueba simplemente consistía en el número de reactivos que había pasado.

A partir de la revisión de 1908 (y todas las versiones que se han formulado desde entonces) las tareas de la prueba de Binet se *graduaron por edades.* Esto se refiere a que se diponen los reactivos de tal forma que se puede esperar por norma general que los niños más pequeños pasen los primeros reactivos, mientras que se esperaría que los niños cada vez más grandes pasaran los reactivos posteriores. Binet y su colaborador, Theodore Simón, observaron la conducta de cerca de 200 niños y sugirieron, por ejemplo, que los niños de 3 años de edad deberían ser capaces de identificar sus ojos, nariz y boca, nombrar los objetos sencillos en un dibujo, repetir un número de dos dígitos y una oración de seis sílabas y decir su apellido. A los siete años de edad, se esperaba que un niño obtuviera éxito en las actividades como completar una figura a la que le faltara una parte, copiar una oración escrita y figuras geométricas sencillas, e identificar los nombres de diferentes monedas. La *edad mental* de un niño representaba el nivel de edad más alto en el que se pasaban *todos* los reactivos (además de los puntos adicionales que recibiera por las respuestas correctas de los niveles más altos).

La Escala de 1908 cubría de las edades de 3 a 13 años y Goddard la introdujo en América (véase el Capítulo 2). A pesar de que gozó de mucha popularidad, se consideró que la prueba Simon-Binet tenía varias desventajas. Algunos de los que la utilizaron estaban insatisfechos con la prueba debido a que la prueba le daba más importancia a las habilidades y conocimientos verbales que a la capacidad

del niño para formar juicios. Otras personas observaron que en los niveles más bajos de edad la prueba era demasiado fácil y en los niveles más altos era demasiado difícil (Reisman, 1966). Binet intentó corregir algunos de estos problemas en una revisión de 1911 de su prueba, pero al otro lado del Atlántico en 1916 un psicólogo de la Universidad de Stanford, Lewis Terman, escribió una versión que influyó mucho más.

Durante algún tiempo, Terman y otros que empleaban la prueba de Binet estaban conscientes de que la expresión de la inteligencia de un niño en términos de su "edad mental" no era nada satisfactoria, principalmente debido a que era imprecisa y se prestaba a muchas interpretaciones equivocadas: "Si la edad mental de un niño equivalía a su edad cronológica, se consideraba que su inteligencia era "regular" (promedio); si su edad mental era más alta, se le consideraba "adelantado"; si su edad mental era más baja, se decía que estaba "retrazado" (Reisman, 1977, pp. 105-106). A la edición de Terman de la prueba Binet-Simon se le llamó la Revisión de Stanford o la prueba Stanford-Binet y en poco tiempo se convirtió en *la* prueba de inteligencia de la psicología clínica norteamericana. La prueba de Stanford-Binet se estandarizó en una muestra mucho mayor (1 400 sujetos de raza blanca) que la que había empleado Binet en su revisión de 1911 y a través de un rango más extenso de edades (la prueba de Terman se podía emplear con personas de 3 a 16 años de edad).

Sin embargo, lo más importante fue que Terman adoptó una idea que sugirió el psicólogo alemán William Stern para la representación numérica de la relación entre la edad mental y cronológica. Los resultados del Stanford-Binet se expresaron como el *coeficiente intelectual* (o C.I.) que resulta cuando se divide la edad mental (E.M.) entre la edad cronológica (E.C.) y se multiplica por 100. Por consiguiente, si un niño de 6 años obtiene una edad mental de 8 años en el Stanford-Binet su C.I. sería de [(8 + 6) X 100], ó 133.

Alguna vez Terman recomendó que a los diferentes rangos de C.I. se les dieran etiquetas tales como "promedio", "débil mental" y "genio", pero posteriormente hizo la lista más extensa desde "muy superior" y "superior" a través de "promedio alto", "promedio", "promedio bajo", "deficiente limítrofe" y "deficiente mental". También se emplean sistemas semejantes para auxiliar en la clasificación de las personas que se encuentran en el límite inferior de la escala del C.I., como personas con un retraso "leve", "moderado", "severo" o "profundo" (Ullman y Krasner, 1975). A pesar de que la intención original de las etiquetas anteriores era proporcionar un resumen en taquigrafía de la calificación obtenida por una persona en relación con otras personas de su misma edad (Merrill, 1938), a las cifras del C.I. y las etiquetas que se derivan de ellas a menudo se les otorga una importancia que no se justifica, se les emplea e interpreta de una manera errónea, especialmente por medio de aquellas personas que no están familiarizadas con su significado. Por este motivo, entre otros, la recopilación y el uso de los datos del C.I. se han convertido en el centro de una cantidad considerable de discusión y controversia, como se verá posteriormente.

Terman y Merrill revisaron y mejoraron el Stanford-Binet en 1937 y de nuevo en 1960 y en cada ocasión emplearon muestras mayores y más variadas (aunque

siempre de raza blanca) para la estandarización. En 1972, la prueba de 1960 se estandarizó nuevamente con una muestra de diversos estratos de 2 100 niños que representaban diferentes subgrupos socioeconómicos, geográficos, raciales y culturales.

La edición de 1960 se adecúa a clientes de 3 a 18 años de edad y es una de las versiones más populares entre los clínicos hoy en día. Sus reactivos comienzan en el nivel de dos años de edad y hasta los cinco años cada reactivo representa un medio año más; después, hasta los 14 años, cada reactivo representa un año más. Los demás reactivos que pertenecen a niveles más altos se etiquetan como adulto promedio", "adulto superior I", adulto superior II" y "adulto superior III".

En cada nivel hay seis reactivos o actividades (con la excepción del de "adulto promedio" que contiene ocho reactivos) que se disponen en un orden de dificultad creciente. La *edad básica* del sujeto es el nivel de edad más alto en el que él acierta en todos los reactivos, mientras que la *edad cúspide* es el nivel de edad en el que el sujeto falla en todos los reactivos.

Los reactivos en sí varían enormemente con el propósito de sondear la memoria, vocabulario, habilidades motoras, comprensión, lógica, solución de problemas, habilidad de razonamiento, pensamiento abstracto y otros aspectos semejantes. El Cuadro 6-1 contiene algunos ejemplos de los tipos de tareas que aparecen en los diferentes niveles de edad.

La determinación del C.I. a través del Stanford-Binet ya no implica solamente la división de la edad mental entre la cronología. Ese procedimiento sencillo de la versión de 1916 de la prueba se substituyó por el uso de varias tablas de C.I. que corrigen la fórmula sencilla de E.M./E.C. x 100 al tomar en cuenta la media y la varianza de los C.I. en cada nivel de edad de la muestra de la estandarización. Por lo tanto si a un niño de 6 años de edad se le asigna una edad mental de 9 (lo cual es un puntaje alto tanto con respecto a su edad cronológica como en relación a la mayoría de los niños de 6 años de la población en la que se estandarizó la prueba), recibiría un C.I. de 156 en lugar del 150 que se hubiera obtenido al realizar el simple cálculo de E.M./E.C. x 100. Estos puntajes "corregidos" se derivaron estableciendo tablas de C.I. del Stanford-Binet en las cuales la media del C.I. para cada edad es 100 con una desviación estándar de 16 puntos. Por lo tanto, el actual puntaje de C.I. para un determinado cliente representa un grado de desviación del promedio de su nivel de edad. Un C.I. de 100 es un puntaje "promedio" para la edad, 116 representa una desviación estándar por arriba del promedio, y 84 representa una desviación estándar por debajo del promedio.

A pesar de su aceptación casi universal y amplio uso con los niños, el Stanford-Binet de 1937 se siguió criticando debido a la importancia que otorgaba a los aspectos verbales de la inteligencia y porque se le consideraba inapropiado para los clientes mayores de 18 años. Esta segunda crítica cobró más importancia durante la década de 1930 a medida que los clínicos comenzaron a trabajar cada vez más con personas adultas.

Escalas de Weschler Uno de los clínicos más eminentes entre los que criticaron las escalas de Binet, fue David Weschler, jefe de psicólogos en el Hospital Psi-

Cuadro 6-1 Tipos de reactivos incluidos en la edición de 1960 del Stanford-Binet

Edad, 2 años:	Poner las figuras geométricas en sus aperturas correspondientes; identificar las partes del cuerpo; amontonar bloques de cuadros; identificar objetos comunes.
Edad, 4 años:	Dar los nombres de los objetos de memoria; completar analogías (por ejemplo, el fuego es caliente, el hilo es _______); identificar objetos de una forma similar; contestar preguntas sencillas (por ejemplo, "¿Para qué tenemos escuelas?").
Edad, 6 años:	Definir palabras sencillas; explicar algunas diferencias (por ejemplo, entre un pescado y un caballo); identificar las partes que faltan en un dibujo; recortar objetos.
Edad, 8 años:	Responder preguntas acerca de un relato sencillo; identificar elementos absurdos (por ejemplo, en oraciones como "Juan tenia que caminar con muletas porque se había lastimado el brazo"); explicar las semejanzas y diferencias entre los objetos; describir cómo manejaría determinadas situaciones (por ejemplo, encontrar un cachorro que se extravió).
Edad, 10 años:	Definir palabras más difíciles; dar explicaciones (por ejemplo, acerca del motivo por el cual la gente debe estar callada en una biblioteca); enlistar la mayor cantidad de palabras que se le ocurran; repetir números de 6 dígitos.
Edad, 12 años:	Identificar elementos absurdos verbales y visuales más difíciles; repetir números de 5 dígitos a la Inversa; definir palabras abstractas (por ejemplo, "pena"), completar la palabra que falta en una oración.
Edad, 14 años:	Resolver problemas de razonamiento; identificar las relaciones entre diferentes puntos de un compás; encontrar las semejanzas en conceptos que aparentemente son opuestos (por ejemplo, "alto" y "bajo"); predecir el número de agujeros que resultarán cuando se corta una hoja doblada y luego se abre.
Adulto Superior I:	Completar varias palabras que faltan en oraciones incompletas; repetir números de 6 dígitos a la inversa; crear una oración con varias palabras que no se relacionan (por ejemplo, "bosque", "comercial" y "asombrado"); describir las semejanzas entre diferentes conceptos (por ejemplo, "enseñanza" y "empresa").

quiátrico Bellevue de Nueva York. A principios de la década de 1930, comenzó a desarrollar una prueba de inteligencia dirigida especialmente a los adultos, y el resultado de sus esfuerzos, la Escala Weschler-Bellevue (W-B), se publicó en 1939. La prueba nueva difirió del Stanford-Binet en varios sentidos importantes a pesar de que algunas de las tareas del W-B fueron tomadas o adaptadas del Binet. En primer lugar, desde luego, el W-B se dirigía a los adultos, a partir de los 17 años. En segundo lugar, no intentaba medir la edad mental, ya que Weschler no lo consideraba un concepto útil. En lugar de éste, el W-B es una *escala de puntajes* en la que el cliente recibe un punto por cada uno de sus aciertos y en la que el C. I. no refleja la relación entre la edad mental y la cronológica, sino que representa una comparación de los puntos adquiridos por el cliente con aquellos que obtuvieron otras personas de la misma edad en la muestra de estandarización.

Un tercer elemento que distingue al Weschler-Bellevue es que sus reactivos se dispusieron de acuerdo con determinados agrupamientos o *(subtest)* con base en su semejanza. Cada subtest contiene reactivos de una dificultad creciente. Por

ejemplo, en el subtest de "dígitos", se le pide al cliente que repita varias cifras; al principio solamente se le pide que repita tres dígitos pero al final se le puede solicitar que repita hasta nueve dígitos. La calificación de este subtest se determina por medio del número máximo de cifras que el cliente puede repetir sin cometer ningún error. En el Stanford-Binet se incluyen varias tareas semejantes, pero están dispersas a lo largo de la prueba (es decir, una tarea de dos dígitos en el nivel de dos años y medio; una de seis dígitos en el de 10 años) en lugar de que se presenten juntas en un solo lugar. El W-B contiene seis subtests *verbales* (información, comprensión, aritmética, semejanzas, dígitos y vocabulario) y cinco subtest de *ejecución* (símbolos, figuras incompletas, diseño de cubos, ordenamiento de figuras y rompecabezas).

En su forma original, el W-B tenía algunas deficiencias, entre las cuales la más seria fue una muestra de estandarización inadecuada (1 700 personas de raza blanca de Nueva York de 7 a 70 años de edad). No obstante, se utilizó ampliamente para valorar a los adultos durante y después de la Segunda Guerra Mundial. En 1955, Weschler revisó y de nuevo estandarizó su prueba en una muestra más representativa de más de 2 000 individuos de raza blanca y otras razas (de 16 a 74 años de edad) que vivían en todas las regiones de Estados Unidos. Esta revisión se denominó "Weschler Adult Intelligence Scale", o WAIS (Escala de la inteligencia adulta de Weschler), y se ha convertido en la prueba más popular de inteligencia para adultos hoy en día (Lubin, Wallis y Paine, 1971). De igual manera que el W-B, el WAIS contiene seis subtests verbales y cinco de ejecución y al cliente se le da un C.I. verbal, un C.I. de ejecución, y un C.I. para toda la escala (que combina los otros dos coeficientes). En le Cuadro 6-2 se presentan algunos ejemplos de los reactivos que incluyen el WAIS.

La estructura del WAIS, además de permitir la computación de los puntajes de C.I., también proporciona la oportunidad de formular inferencias a partir de los *patrones* de puntajes en los diferentes (subtests). Algunos clínicos emplean los patrones o la variabilidad ("dispersión") de las subpruebas como una ayuda para encontrar una etiqueta diagnóstica del cliente, para evaluar la posibilidad de una lesión cerebral, o para describir cierta dinámica de la personalidad.

Algún tiempo después de la publicación del W-B, Weschler se interesó en ampliar la escala de puntaje de la prueba de tal forma que incluyera a los niños. En 1949, apareció el "Weschler Intelligence Scale for Children" (WISC) (Escala de inteligencia para niños de Weschler). El WISC contiene doce (subtests) (seis verbales y seis de ejecución), pero por lo general solamente se aplicaban diez. Los (subtests) del WISC eran semejantes a los del W-B, aunque son más fáciles. El WISC se estandarizó en 2 200 niños de raza blanca en todas las regiones de Estados Unidos, pero debido a que únicamente incluía a niños de 5 a 15 años de edad, por lo general el WISC no era útil para valorar a los niños muy pequeños. Posteriormente se desarrolló el "Weschler Preschool and Primary Scale of Intelligence" (WPPSI) (La Escala primaria y preescolar de inteligencia de Weschler), pero éste solamente alcanzaba hasta la edad de 4 años.

En 1974, se publicó una versión nueva del WISC, denominada el WISC-R. También incluye seis (subtests) verbales y seis de ejecución, aunque de nuevo so-

Cuadro 6-2 (WAIS) **Tipos de reactivos incluidos en el "Weschler Adult Intelligence Scale"**

Informacción:	¿Cuál es la forma de una naranja? ¿De qué proviene el pan? ¿Qué hizo Shakespeare? . ¿Cuál es la capital de Francia? ¿Qué es el Malleus Malleficarum?
Comprensión:	¿Por qué nos alimentamos? ¿Qué debes hacer con una cartera que te encuentras en la calle? ¿Por qué son más caros los automóviles extranjeros? ¿Qué significa "a la rueda que rechina se le pone aceite"?
Aritmética:	Si tienes cuatro manzanas y regalas dos, ¿cuántas te quedan? ¿Cuánto tiempo le tomará a una persona caminar 20 kilómetros si camina 6 kms por hora? Si cuatro personas pueden terminar un trabajo en 6 días, ¿cuántas personas se necesitan para que el trabajo se termine en dos días?
Semejanzas:	Identificar aspectos semejantes de diferentes pares como martillo-desarmador, retrato-historietas, perro-flor.
Dígitos:	Repetir en orden progresivo y a la inversa números de 2 a 9 dígitos.
Vocavulario:	Definir: silla, peseta, almuerzo, párrafo, valle, asilo, modal, cutáneo.
Completamiento de figuras:	Encontrar los objetos que faltan en dibujos cada vez más complejos.
Diseño de cubos:	Disponer unos bloques de tal forma que correspondan a patrones de diseño cada vez más complejos.
Ordenamiento de figuras:	Situar un número cada vez mayor de dibujos para crear cada vez historietas más complejas.
Rompecabezas:	Disponer diferentes partes de un rompecabezas para formar objetos que se reconocen (por ejemplo, perro, flor, persona).

lamente se aplican cinco de cada una en verdad. El contenido de los reactivos del WISC-R se cambiaron para que tuvieran más significado para los niños, y toda la prueba se estandarizó en una muestra nueva de 2 200 niños blancos y de otras razas de diferentes niveles socioeconómicos y regiones geográficas.

Otras pruebas de inteligencia Actualmente también se emplea una variedad de otros instrumentos que miden la inteligencia. Los más sobresalientes de éstos evalúan la inteligencia sin darle importancia a las habilidades verbales. Es importante que se disponga de estas diferentes pruebas, debido a que como se observó anteriormente, algunos clientes pueden ser demasiado jóvenes, o, por otros motivos, tener alguna incapacidad para manifestar un rendimiento bueno en las tareas verbales. Las pruebas como el "Cattell Infant Intelligence Scale", el "Peabody Picture Vocabulary Test", y el "Porteus Maze Test" le permite al clínico recopilar datos sobre el funcionamiento intelectual de este tipo de cliente (véase Anastasi, 1976 ó Yang y Bell, 1975 para obtener los detalles de estas pruebas). También proporcionan un "marco de comparación" en caso de que el clínico sospeche que la ejecución del cliente en la prueba típica del C.I. se vio mermada por factores tales como la ansiedad, deficiencias verbales particulares (provocadas, digamos, por las diferencias culturales) u otros factores situacionales. Si el cliente obtiene un

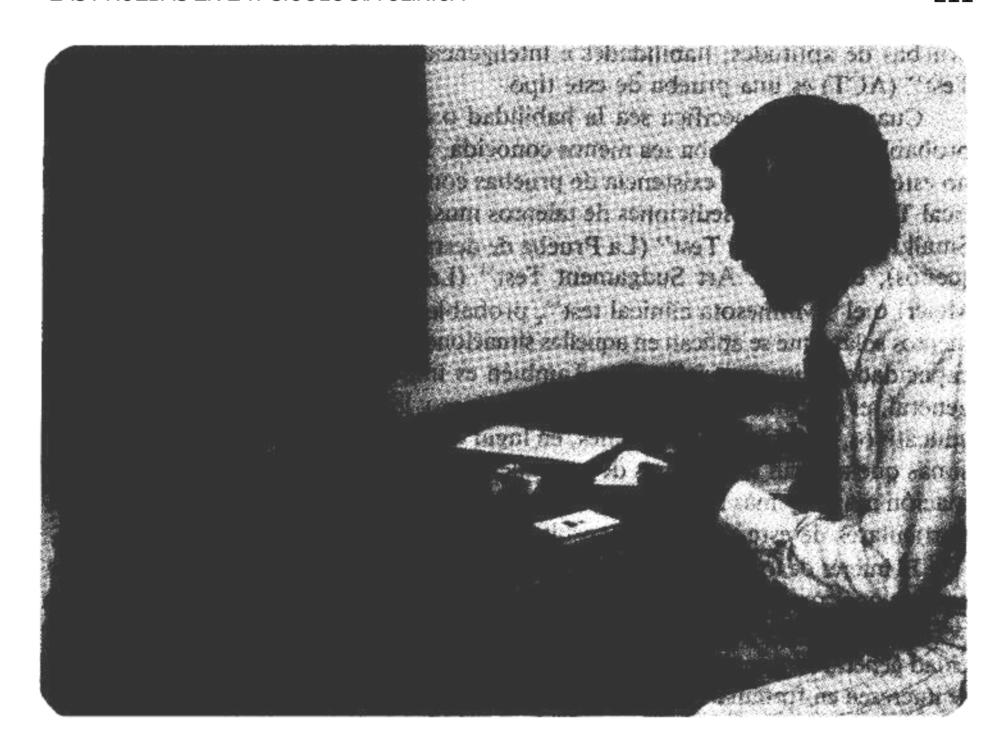


Figura 6-1 La aplicación del WAIS.

mejor rendimiento en las pruebas de inteligencia que tienen un propósito especial o que se orientan a la ejecución, puede comprenderse mejor el puntaje de C.I. inicialmente bajo y se prestará menos a una interpretación equivocada.

Pruebas de aptitudes

Muchos clínicos consideran que la inteligencia es una capacidad mental y a menudo se refieren a la mayoría de las pruebas descritas en la última sección como instrumentos de habilidad mental general. Sin embargo, existe una cantidad significativa de otras pruebas que se elaboran con el propósito de sondear las habilidades más particulares. Entre éstas se encuentran las pruebas de *aptitudes y de rendimientos.* Las pruebas de aptitudes se elaboran con el fin de predecir el éxito de una persona en un programa ocupacional o educativo. El "Scholastic Aptitude Test" (SAT), el cual se utiliza ampliamente para determinar el potencial de los estudios universitarios, ofrece un ejemplo que es conocido por la mayor parte de los universitarios norteamericanos.

Las pruebas de rendimiento miden la pericia con la cual las personas ejecutan determinadas tareas; es decir, ¿cuánto sabe una persona y con cuánta perfección puede realizar algo? Dos instrumentos de este tipo bastante difundidos son el "Wide Range Achievement Tests" (Las pruebas de una amplia gama de rendimientos) y el "Gradúate Records Examination" (GRE) (Examen de ingreso al postgrado). Aún existen otras pruebas familiares que combinan elementos de las

pruebas de aptitudes, habilidades e inteligencia general. El "American College Test" (ACT) es una prueba de este tipo.

Cuanto más específica sea la habilidad o aptitud que se valora, tanto más probable es que la prueba sea menos conocida. El que un estudiante de psicología no esté enterado de la existencia de pruebas como el "Seashore Measures of Musical Talents" (Las Mediciones de talentos musicales de Seashore), el "Crawford Small Parts Dexterity Test" (La Prueba de destreza para el manejo de objetos pequeños), el "Meier Art Sudgament Test" (La prueba de juicios artísticos de Meier) o el "Minnesota clinical test", probablemente se debe a que estos instrumentos solamente se aplican en aquellas situaciones en las que interesan determinadas capacidades muy especializadas. También es importante mencionar que, por lo general, el personal de las agencias de empleos y los orientadores ("counselors") educativos, vocacionales y sociales, en lugar de los psicólogos clínicos son las personas que aplican las pruebas de aptitudes. El lector que se interese en una información mayor y más detallada acerca de la aplicación de las pruebas de aptitudes particulares de este tipo debe consultar a Anastasi (1976) o Buros (1974).

El interés de los clínicos en la aplicación de las pruebas de aptitudes por lo común se relaciona con la evaluación de las capacidades o deficiencias cognitivas particulares del cliente. En algunas ocasiones esto implica un uso especial de las pruebas de capacidad general (inteligencia). Como se observó previamente, es posible que los clínicos se interesen en formular inferencias acerca de la capacidades o deficiencias cognitivas particulares o hasta de la lesión cerebral a partir de los *patrones* de los puntajes obtenidos en instrumentos como el WAIS ó WISC. Sin embargo, el clínico también puede elegir entre la variedad de pruebas que tienen propósitos especiales y que son elaboradas para detectar el deterioro en el funcionamiento mental que es provocado por una lesión cerebral u otros factores (Haynes y Sells, 1963).

Algunas de estas pruebas dan mayor importancia a la percepción y memoria. Por ejemplo, el "Benton Visual Retention Test" (Benton, 1968) (Prueba de retención visual de Benton), la prueba Guestáltica Visomotora de Bender (o Bender-Gestalt; Bender, 1938) y el "Memory-For-Designs Test" (Graham y Kendall, 1960) (Prueba de la memoria para los diseños) piden al cliente que copie o dibuje de memoria algunas figuras geométricas u otros dibujos. Otras pruebas en esta categoría tienen como objetivo evaluar la habilidad del cliente para formar conceptos u ocuparse en otras clases de pensamiento abstracto. Los instrumentos más populares de este tipo son el "Goldstein-Scheerer Tests of Abstract and Concrete Thinking" (Goldstein y Scheerer, 1941) (Las pruebas de pensamiento abstracto y concreto de Goldstein-Scheerer). Las cinco pruebas contenidas en este paquete incluyen una tarea que consiste en copiar un diseño de cubos (parecida a la del WAIS), otra que consiste en copiar una figura geométrica mediante el uso de varias maderas de diversas longitudes, y varias tareas de clasificación en las que se pide al cliente que separe y distribuya varios objetos de acuerdo con distintos conceptos tales como su color, forma o función. De nuevo, al lector que se interese en obtener una exposición más detallada de las pruebas de este tipo, incluyendo el "Lowenfeld Mosaic Test" (Lowenfeld, 1949) y el "Vigotsky Test" (Vigotsky, 1934), debe consultar a Anastasi (1976), Frank (1976) y los "*Yearbooks"* (*anuarios)* de Buros.

Actitudes, intereses, preferencias y valores

En la sociedad contemporánea lo más frecuente es que la información acerca de las actitudes, intereses, preferencias y valores de una persona se recopilé a través de los encuestadores, orientadores vocacionales y educativos, y los psicólogos sociales, pero los psicólogos clínicos a menudo también encuentran que esos datos les son útiles. Por ejemplo, antes de iniciar lft intervención con una pareja que tenga problemas, le puede interesar al clínico obtener un panorama acerca de las actitudes y valores de cada cónyuge en relación al matrimonio y la función que en él desempeña. De una manera semejante, si uno desea utilizar algunos procedimientos de recompensa para ayudar al cliente a que modifique su conducta es importante adquirir información acerca del tipo de cosas que él prefiere: lá entrega de galletas de "ocho chispas" a un niño al que le provocan náuseas distaría mucho de constituir una recompensa. Por último, puede ser muy informativo para el clínico enterarse de que los intereses de un cliente que se encuentra en gran conflicto acerca de decidir si ingresa a la facultad de medicina son totalmente distintos a los de los médicos con éxito.

La gran cantidad de pruebas disponibles que evalúan las actitudes, intereses, preferencias y valores tienden a trasladarse entre sí en una gran medida (es difícil medir, digamos, los intereses sin medir también las preferencias), de tal forma que en realidad no tiene caso tratar de separar los instrumentos que se encuentran en esta categoría. Sin embargo, es importante estar consciente acerca de las pruebas más comunes que le pertenecen, tales como el "Strong Vocational Interest Blank" (SVIB) (La forma de los intereses vocacionales de Strong), y el "Kuder Preference Record" (Registro de preferencias de Küder). Estos instrumentos escritos se elaboraron con el fin de evaluar las preferencias de los clientes por varias metas, ocupaciones, materias académicas, actividades recreativas y tipos de personas. Cada una da como resultado la forma de un perfil de intereses que se puede comparar con los perfiles compuestos y recopilados de diferentes grupos ocupacionales tales como biólogos, ingenieros, oficiales del ejército, carpinteros, policías, ministros, contadores, agentes de ventas, abogados y otras ocupaciones semejantes.

Las orientaciones generales de la vida a menudo también se evalúan a través del "Allport-Vernon-Lindzey Study of Values" (Allport y Vernon, 1931; Allport, Vernon y Lindzey, 1970) (El estudio de valores de Allport, Vernon y Lindzey), un instrumento escrito que pide al cliente que elija entre dos o cuatro opciones acerca de cosas tales como la ocupación del tiempo libre, interés en varios objetos nuevos y la importancia de varias actividades. El perfil de valores que se obtiene como resultado demuestra el poder relativo de seis intereses básicos: teórico ("intelectual"), económico, estético, social, político y religioso. Otras evaluaciones de valores generales con una orientación más fenomenológica incluyen el "Purpose-in-Life Test" (Crumbaugh, 1968) (Prueba sobre el propósito de la vida) y el "Paths of Life Test" (Morris, 1948) (Prueba de los senderos de la vida).

También existe una gran cantidad de pruebas que se elaboran para evaluar actitudes, intereses, preferencias y valores más particulares. Ninguna de éstas se emplea tanto como el SVIB, pero cada una tiene su atractivo teórico o práctico

para algunos clínicos. Por ejemplo, el modelo del aprendizaje social de la psicología clínica ha generado varias pruebas cuyo objetivo es esclarecer las preferencias y actitudes del cliente como un preludio a la planeación e implementación del tratamiento. Una de las pruebas de este tipo más sobresaliente es el "Reinforsement Survey Schedule" (Cautela y Kastenbaun, 1967) (Sondeo del programa de reforzamiento), que consiste en varios reactivos que listan distintas situaciones y actividades que el cliente debe calificar de acuerdo con el grado que él las desea. También se han desarrollado algunas versiones especiales de esta prueba para niños y pacientes psiquiátricos (Cautela, 1977). Otros ejemplos de las evaluaciones de preferencias del modelo del aprendizaje social son las pruebas: el "Pleasant Events Schedule" (MacPhillamy y Lewinsohn, 1972) (Programa de eventos placenteros) el "Mediator-Reinforcer Incomplete Blank" (Tharp y Wetzel, 1969) (La forma de completar los reforzadores mediadores) y el "Children's Reinforcement Survey" (Clement y Richard, 1976) (El sondeo de reforzamiento para niños).

La evaluación de los valores y actitudes particulares también está comprendida en el "Premarital Counseling Inventory" de Stuart y Stuart (1975) (Inventario de orientación prematrimonial). A cada integrante de la pareja que planea casarse se le pide que indique si está o no de acuerdo con 14 afirmaciones diferentes que reflejan los valores y expectativas del interesado con respecto a una relación permanente (por ejemplo, "el esposo es el que se gana el pan de cada día y sus necesidades son las que más cuentan" y "la atracción sexual se debilita si los hombres y mujeres a menudo se ven desnudos"). Se considera que las discrepancias principales en las respuestas de la pareja a reactivos como los anteriores ponen de relieve las áreas potenciales de conflicto que requieren de alguna negociación, o en algunos casos, de una reconsideración cuidadosa de los preparativos matrimoniales.

Quizá el lector se dio cuenta de que muchos de los elementos valorados por las pruebas descritas en esta sección se relacionan con la personalidad del cliente. De hecho, algunos considerarían que las actitudes, intereses, valores y preferencias de una persona forman gran parte de lo que por lo general se llama la personalidad. No se dejan de reconocer los elementos que tienen en común estas áreas, pero también existe una gran cantidad de pruebas psicológicas cuyo objetivo es medir muchos aspectos de ese constructo fugaz que se denomina personalidad, y en este tipo de instrumentos se centrará ahora la revisión.

Pruebas de personalidad

Lo más común es que el término de "personalidad" se utilice para describir y explicar las diferencias individuales y las consistencias conductuales en los seres humanos, y a pesar de que lo emplea casi todo el mundo en una forma cotidiana, no existe un consenso general acerca de lo que significa exactamente. Algunos teóricos consideran que la personalidad es un conjunto organizado de rasgos, otros postulan varias relaciones dinámicas entre las fuerzas intrapsíquicas; otros, finalmente, señalan los patrones o secuencias recurrentes en el comportamiento. Como sucedió en el caso de la inteligencia, tanto la gran amplitud como la ambigüedad de la noción del término de personalidad significan que los clínicos y los investiga-

dores de la personalidad tienen una libertad plena para evaluarla en una diversidad de maneras, por lo general en una forma que corresponda a su propio modelo teórico de la conducta humana y la psicología clínica (véanse los Cap. 3 y 4). Probablemente éste es el motivo por el cual hay una mayor cantidad de pruebas dentro de la categoría de la personalidad que dentro de cualquier otra (Buros, 1974, enumera 440 de estas pruebas). Ni siquiera se puede comenzar a revisar esta gran variedad de pruebas aquí, y por consiguiente esta sección se limitará a ofrecer un panorama breve de varias de las pruebas de la personalidad más sobresalientes hoy en día en la práctica clínica. A los lectores con un mayor interés en las estrategias de la medición de la personalidad y teorías de la personalidad se les refiere a los textos especializados tales como Hall y Lindzey (1970), Lanyon y Goodstein (1971), Liebert y Spiegler (1978), Mischel (1971), ó Wiggins (1973).

Existen dos clases principales de pruebas de la personalidad: *objetivas y proyectivas.* Las pruebas objetivas presentan estímulos bastante claros y específicos tales como preguntas ("¿Alguna vez te has querido ir de tu casa?") o declaraciones ("Nunca me deprimo") o conceptos ("Myself' o "Los perros grandes") y al cliente se le pide que responda a éstas con contestaciones, elecciones o calificaciones directas. La mayor parte de las pruebas objetivas de la personalidad son de tipo escrito y se pueden calificar matemáticamente (en algunas ocasiones a través de una máquina), de una manera muy semejante a los exámenes académicos de opción múltiple o que se deben responder afirmativa o negativamente en las clases universitarias compuestas por una gran cantidad de alumnos. Algunas de las pruebas objetivas se centran únicamente en un aspecto de la personalidad como la ansiedad, dependencia, o fuerza del ego, mientras que otras fueron elaboradas con el propósito de proporcionar una perspectiva más comprensiva de muchas de las dimensiones de la personalidad.

Las pruebas proyectivas se asocian principalmente con el modelo psicodinámico de la Psicología clínica. A partir de la creencia de Freud acerca de que las personas tienden a defenderse atribuyendo a objetos y personas ajenos aquellos aspectos de su propia personalidad que les son inaceptables, Frank (1939) amplió este concepto de la proyección. La "hipótesis proyectiva" de Frank postula que existe una "tendencia general de las personas para que su mediación cognítiva de las entradas perceptuales se vea influida por sus necesidades, intereses y organización psicológica general" (Exner, 1976, p. 61). En otras palabras, la personalidad de cada individuo determinará, por lo menos en parte, la forma cómo percibe e interpreta las cosas. Frank (1939) se refirió a las pruebas que en particular fomentan la manifestación de cada tendencia en los clientes como "métodos proyectivos". Por lo general, estos métodos o pruebas provocan reacciones a estímulos ambiguos o carentes de estructura (tales como manchas de tinta o frases incompletas) que posteriormente se interpretan como un reflejo de la estructura y dinámica (principalmente inconsciente) de la personalidad. Algunas de las pruebas proyectivas se aplican y responden por escrito, pero lo más frecuente es que el cliente dé una respuesta oral a cada reactivo. La persona que aplica la prueba transcribe estas respuestas o las graba para poderlas calificar después.

Aunque a menudo las respuestas a una prueba proyectiva se pueden convertir en datos numéricos, el proceso de calificación es mucho más subjetivo e inferencial que en el caso de las pruebas objetivas. Esto se debe principalmente a que las pruebas proyectivas recopilan respuestas verbales "en bruto" que de alguna manera se deben convertir a algún índice numérico. Las pruebas objetivas estructuran la situación de tal forma que el cliente es el que transforma sus respuestas al elegir entre una respuesta de "verdadero" o "falso" u otro tipo de respuesta específica y cuantificada. Las dos aproximaciones pueden ser peligrosas ya que el cliente o el clínico se ve obligado a formular inferencias acerca de la prueba. George Kelly (1958, p. 332) resumió este problema de una manera hermosa: "Cuando al sujeto se le pide que adivine lo que piensa el examinador, lo llamamos una prueba objetiva; cuando el examinador intenta adivinar lo que piensa el sujeto, le llamamos un modelos proyectivo."

Pruebas objetivas de la personalidad La primera prueba objetiva de la personalidad que desarrolló un psicólogo fue el "Personal Data Sheet" (Forma de datos personales) de Woodsworth (1919) que se empleó para seleccionar los soldados que tenían problemas psicológicos, durante la Primera Guerra Mundial. Era un formato breve y sencillo que requería de respuestas afirmativas o negativas ("sí o no") a preguntas tales como: "¿Alguna vez has temido volverte loco?" "¿Tuviste una infancia feliz?" "¿Te pones inquieto si debes atravesar un puente?" Se seleccionaron estos reactivos debido a que reflejaban los problemas y síntomas que las personas con un diagnóstico previo de neuróticos habían reportado más del doble de veces que los "normales". Además, no se mantuvo ningún reactivo en la prueba en que más del 25% de la muestra normal hubiera respondido de una manera desfavorable; se presupuso que una conducta que más de la cuarta parte de la población normal hubiera reportado, no podía indicar la existencia de alguna patología (Anastasi, 1976). Los procedimientos de selección y retención de reactivos como estos fueron los precursores de los procedimientos empíricos posteriores que se emplean para la construcción de las pruebas y que son más elaborados.

El MMPI Entre los cientos de mediciones objetivas de la personalidad que han aparecido desde el esfuerzo inicial de Woodsworth, ninguno ha gozado de tanta influencia y aplicación como el Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI). Esta prueba la desarrollaron durante la década de 1930, en la Universidad de Minnesota, Starke Hathaway (un psicólogo) y J.C. McKinley (un psiquiatra) como un medio para ayudar a los profesionales en la formualción del diagnóstico psiquiátrico de los pacientes clínicos. El MMPI fue una de las primeras pruebas de la personalidad que se construyó de una manera empírica. A partir de un gran conjunto de reactivos tomados de otras pruebas más antiguas de la personalidad y de otras fuentes, Hathaway y McKinley los transformaron en oraciones que un cliente puede responder como "verdadero" o "falso", o "no puedo responder". Se aplicaron estos reactivos a miles de personas normales así como a otras que ya habían recibido alguna etiqueta que indicara alguna perturbación psiquiátrica.

En los resultados hubo una tendencia a que se manifestaran ciertos patrones de respuesta. Cuando se les comparó con las personas normales, los miembros de

diferentes grupos diagnósticos demostraron reacciones que eran estadísticamente diferentes a determinados reactivos. Por ejemplo, se observó una tendencia para que un grupo de reactivos fuera respondido de una manera en general muy semejante principalmente por los individuos deprimidos, mientras que las personas que habían sido diagnosticadas como esquizofrénicas tendieron a responder de una manera particular a otro grupo de reactivos. Se identificaron ocho de estos grupos especiales de reactivos que discriminaban entre las personas normales y las que no lo eran y que se asociaban con una determinada categoría diagnóstica. A estos grupos de reactivos se les llamó *escalas.* Posteriormente, se identificaron dos agrupamientos mas a los que respondieron de una manera diferentes las personas del sexo masculino y femenino, y por los estudiantes universitarios tímidos e introvertidos. Por consiguiente, el MMPI contiene diez *escalas clínicas;* en el Cuadro 6-3 se presentan los nombres de cada categoría y algunos ejemplos[2] de los tipos de reactivos que incluyen. En el cuadro mencionado también se incluyen cuatro *escalas de validez.* Estas escalas consisten en conjuntos de reactivos que se elaboraron con el fin de ayudar a la persona que aplica la prueba a que detecte diferentes tipos de prejuicios o distorsiones en las respuestas que se dan a MMPI. La escala *L* (o de *mentira,* "lie" en inglés) consta de quince oraciones, que si se responden de una manera honesta, manifestarían algunos aspectos ligeramente negativos acerca del cliente (como el hecho de que no se mantiene diariamente informado acerca de todas las noticias internacionales). En este caso se presupone que si el cliente niega sus conductas o pensamientos triviales que son negativos lo más probable es que no será honesto cuando responda a los reactivos que implican algunos problemas más serios. La escala *F* (o de *frecuencia)* contiene un conjunto de reactivos que la mayoría de las personas en muy raras ocasiones responden de manera afirmativa, aunque no tienen relación alguna con una determinada categoría diagnóstica. Un puntaje alto en la escala *F* por consiguiente se interpreta como una indicación de negligencia al responder, una intención premeditada de parecer una persona desviada, o algún otro factor relacionado. La escala *K* (o de *corrección)* se elaboró con el propósito de detectar la tendencia del cliente para defenderse excesivamente o para exponer en demasía los problemas. Un puntaje elevado en la escala *K* indica que el cliente redujo el tono de la gravedad de los problemas que sí manifestó en la prueba. Un puntaje *K* disminuido sugiere que es posible que el cliente haya exagerado algunos de sus problemas. En cualquier caso, la escala *K* se utiliza para "corregir" las calificaciones de las escalas 6 a 10 que se presentan en el Cuadro 6-3. Esto difiere de las escalas de validez de otras pruebas que se emplean para comprobar el grado en que algunos factores extraños pudieron afectar el valor general de la prueba como instrumento para evaluar la personalidad.

[2]Con el fin de evitar provocar algunos prejuicios en las posibles respuestas de los lectores (o sus amistades) que tomen el MMPI, no se presentan sus verdaderos reactivos. Cabe hacer notar que varias personas han parodiado el MMPI: Como broma entre los clínicos, hace ya algún tiempo que ha circulado el "Maryland Malpractice and Pandering Inventory" en los Estados Unidos (un título jocoso que guarda las iniciales del MMPI). Esta parodia contiene reactivos tales como: "Antes acostumbraba hacerle travesuras a las verduras." "Ya no me excita ver sangre." "Uso la grasa de zapatos en exceso." (Consúltese también a Walker y Walsh, 1969).

Cuadro 6-3 Escalas del MMPI y algunos reactivos simulados

Escalas de validez (o actitud ante la prueba)

? (No puedo contestar) Número de reactivos que no se respondieron.
L (Mentira) Quince reactivos de un reporte de la prueba exageradamente bueno, como: "Yo siempre sonrío con todas las personas que me encuentro". (Contestando con "cierto")
F (Frecuencia o Falta de Frecuencia) Sesenta y cuatro reactivos que el 10% o menos de las personas normales hayan respondido en la dirección calificada, tales como "Hay un complot internacional contra mi". (Cierto)
K (Corrección) Treinta reactivos que reflejan algún grado de defensividad al admitir los problemas, tales como: "Me siento mal cuando los demás me critican". (Falso)

Escalas clínicas:

1 o **Hs** (Hipocondriasis). Treinta y tres reactivos que se derivaron de los pacientes que de muestran una preocupación anormal con sus funciones corporales, tales como: "Tengo dolo res en el pecho varias veces a la semana". (Cierto)
2 o **D** (Depresión) Sesenta reactivos derivados de los pacientes que demuestran un pesimismo extremado, sentimientos de desesperanza, y retardo en el pensamiento o acción, tales como "Por lo general siento que la vida es interesante y que vale la pena". (Falso)
3 o **Hi** (Histeria de conversión) Sesenta reactivos de los pacientes neuróticos que utilizan los síntomas físicos o mentales como un medio para evitar inconscientemente los conflictos y res ponsabilidades, tales como "Mi corazón frecuentemente late tan fuerte que yo lo siento". (Cierto)
4 o **Dp** (Desviación psicopática) Cincuenta reactivos de los pacientes que muestran una falta de respeto e interés por las costumbres sociales, una emotividad superficial y una falta de habili dad para aprender de las experiencias castigantes, tales como "A menudo los demás critican mis actividades e intereses". (Cierto)
5 o **Mf** (Masculinidad-femineidad) Sesenta reactivos de los pacientes que demuestran eroticis-mo homosexual y reactivos que diferencian entre los hombres y las mujeres, tales como "Me gusta hacer adornos florales". (Cierto, cuando se califica femineidad)
6 o **Pa** (Paranoia) Cuarenta reactivos de los pacientes que demuestran sospechar anormalmen te de los demás y delirios de grandeza y persecución, tales como "Hay unas personas crueles que tratan de ejercer influencia sobre mi mente". (Cierto)
7 o **Pt** (Psicastenia) Cuarenta y ocho reactivos basados en los pacientes neuróticos que de muestran obsesiones, compulsiones, miedos anormales y culpabilidad e indecisión, tales como "Guardo casi cualquier cosa que compro aun cuando no tengo en que emplearla". (Cierto)
8 o **Es** (Esquizofrenia) Setenta y ochos reactivos de los pacientes que demuestran pensamien tos o conductas extravagantes o fuera de lo común, quienes a menudo se encuentran aislados y experimentan delirios y alucinaciones, tales como "Las cosas a mi alrededor no parecen verdaderas" (Cierto) y "Me siento incómodo cuando hay personas que están muy ceca de mi". (Cierto).
9 o **Ma** (Hipomanía) Cuarenta y seis reactivos de los pacientes que se caracterizan por una exci tación emocional, hiperactividad y fuga de ideas, tales como "En algunas ocasiones me siento muy 'animado' o 'deprimido' sin alguna razón aparente". (Cierto)
0 o **Si** (Introversión social) Setenta reactivos derivados de las personas que demuestran timidez, poco interés en las personas e inseguridad, tales como "Paso los ratos más agradables de mi vida en las fiestas". (Falso)

Fuente: Norman Sundberg, *Assessment of Persons.* ᶠ 1977, p. 183. (Reimpreso con el permiso de Prentice-Hall Inc., Englewood Clilfs. New Jersey).

El MMPI contiene 550 reactivos. Cuando un cliente se somete a la prueba, sus respuestas a 400 de estos reactivos se transforman en los puntajes de las escalas clínicas o de validez. Durante sus orígenes, las escalas clínicas del MMPI se interpretaban de una manera literal; era probable que la persona que obtenía un puntaje alto de depresión o esquizofrenia recibiera la etiqueta diagnóstica correspondiente. Sin embargo, se hizo obvio, en poco tiempo, el hecho de que la calificación de una determinada escala fuera elevada no significaba que el cliente pertenecía a esa categoría (Anastasi, 1976).

El reconocimiento de este problema propició (1) una tendencia a llamar a las escalas clínicas por su número (1-10) en lugar de su nombre, y (2) la graficación de todos los puntajes de las escalas y el análisis del perfil que resultara (y no simplemente del puntaje más alto) y de la relación entre sus puntos (se presenta un perfil de muestra en la Figura 6-2). Maloney y *Ward* (1976, p. 335) hacen un contraste entre la aproximación basada en el análisis de una sola escala y los procedimientos actuales del análisis del perfil para interpretar el MMPI:

> Considérese el diagnóstico de "desviación psicopática" (ahora denominado desorden antisocial de la personalidad). De acuerdo con la formulación antigua, la elevación en la escala 4 (desviación psicopática) se consideraba suficiente para otorgar este diagnóstico. Sin embargo, se ha encontrado que los puntajes elevados en esta escala ocurren con frecuencia considerable tanto en las poblaciones normales como en las de otros grupos diagnósticos. Como resultado, la utilidad de la escala 4 sola para formular un diagnóstico diferencial es bastante dudosa y limitada. Sin embargo, en el caso de la aproximación del análisis del perfil, existe una cantidad considerable de datos que sugieren que un perfil codificado de 4-9 (. . . escala 9 es "hipomanía"), junto con la

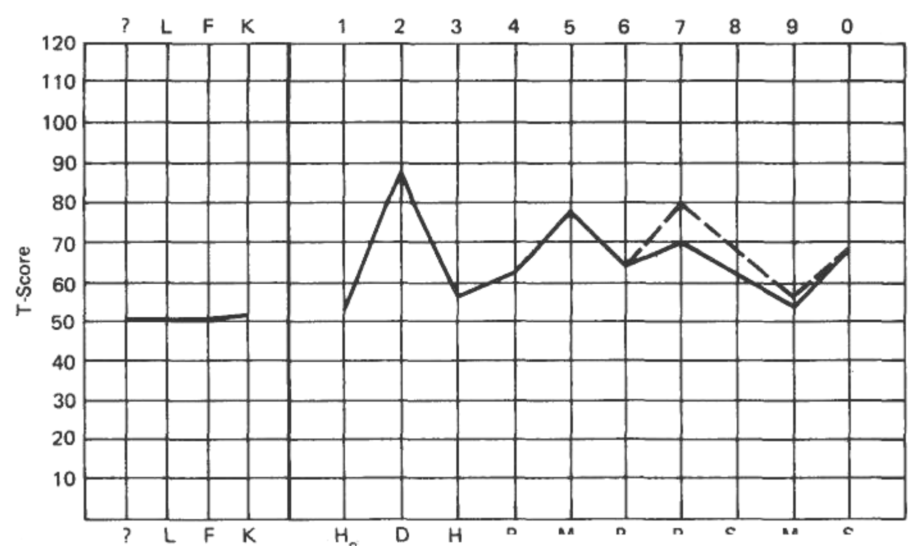


Figura 6-2 Un ejemplo de un perfil del MMPI de un hombre casado profesionista de 34 años. La línea sólida representa el perfil sin corrección; la línea punteada representa las correcciones de la escala K. (De Dahlstrom, W.G. Welsh, G.S. & Dahlstrom, L.E. An MMPI Handboock, vol. 1, rev. ed., c *de University of Minnesota Press. Reimpreso con permiso).*

ausencia relativa de puntajes elevados en las otras escalas clínicas, y especialmente en presencia de una triada neurótica "supernormal" (las escalas 1,2 y 3), indica con bases más firmes una condición psicopática (Meehl, 1972).

El clínico lleva a cabo el análisis del perfil comparando la gráfica del cliente con la de otros clientes. Como se vio en el Capítulo 4, esto se puede realizar de una manera exclusivamente "clínica" recordando a otros clientes previos, o de una manera "estadística" consultando la literatura que contiene determinados perfiles de muestra y las características de las personas que los produjeron (Carkhuff, Barnett y McCall, 1965; Dahlstrom y Welsh, 1960; Dahlstom, Welsh y Dahlstrom, 1977; Drake y Oetting, 1959; Gilberstadt y Duker, 1965; Hathaway y Meehl, 1951; Hathaway y Monaches, 1961). También en el Capítulo 4 se observó que existen varias compañías que ofrecen la calificación mecanizada del MMPI junto con las interpretación por medio de la computadora basada en determinadas fórmulas actuariales o la *sabiduría clínica automatizada.* La popularidad entre los clínicos de estos servicios se atestigua por medio de un reporte que indica que una sola compañía de calificación e interpretación procesa 1 600 MMPI a la semana (Butcher, 1972).

Además de ser ésta la prueba objetiva de la personalidad más popular en la aplicación clínica, hoy en día, el MMPI ha producido más de 6 000 reportes de investigación y cientos de otras pruebas y escalas relacionadas; entre éstas existen algunas que transcienden el objetivo original de la prueba que era evaluar "aquellos rasgos que por lo común caracterizan la anormalidad psicológica incapacitadora" (Hathaway y McKinley, 1967, p. 1). Por ejemplo, ahora existen más de 300 nuevos agrupamientos de los reactivos del MMPI y cada uno de los cuales tiene como propósito medir algún aspecto diferente de la personalidad como la fuerza del ego, ansiedad, dependencia, dominancia, posición social y prejuicio (Anastasi, 1976; Butcher, 1972). Estos agrupamientos o escalas nuevas se pueden emplear en combinación con todo el MMPI o como una prueba distinta (como el "Taylor Manifest Anxiety Scale", la Escala de ansiedad manifiesta de Taylor; Taylor, 1973). También se han desarrollado algunas versiones abreviadas y menos engorrosas del MMPI. Estas ediciones cortas, que se denominan el "Mini-Mult" o el "Midi-Mult", por definición incluyen menos aspectos y se elaboraron con el propósito de realizar clasificaciones rápidas y alguna selección de determinadas personas.

*El **CIP*** El "California Psychological Inventory" (CPI; Gough, 1957) (Inventario psicológico de California) es otro ejemplo sobresaliente de una prueba objetiva de la personalidad que fue construida empíricamente y que cubre una amplia variedad de aspectos. En contraste con el MMPI, el CPI se desarrolló con el objetivo específico de evaluar la personalidad de la población "normal". A pesar de que aproximadamente la mitad de sus 480 reactivos provienen del MMPI, los reactivos del CPI fueron agrupados en escalas diferentes, más variadas y con una orientación positiva que incluye la sociabilidad, autoaceptación, responsabilidad, dominancia y otras diez más. También contiene tres escalas de validez cuyos objetivos básicamente corresponden a los del MMPI. El CPI se estandarizó en 13 000

personas del sexo masculino y femenino de todas las regiones del país y de todas las categorías socioeconómicas. Algunos observadores consideran que el CPI es una de las mejores pruebas de la personalidad que existen actualmente debido a la representatividad de su muestra de estandarización y a su alta confiabilidad. Se ha utilizado la prueba para predecir la delincuencia, resultados de poner a una persona en libertad condicional, calificaciones académicas y la probabilidad de abandonar el bachillerato (Anastasi, 1968). Asimismo, existen algunos indicios que sugieren que las escalas del CPI se pueden emplear de una manera efectiva en otras culturas (por ejemplo, Gough y Sandhu, 1964).

Otros inventarios objetivos de la personalidad empleados por los clínicos incluyen el "Personality Research Form" (Jackson, 1967) (Forma para investigar la personalidad; el "Edwards Personal Preference Schedule" (EPPS; Edwards, 1959) (Agenda de preferencias personales de Edwards); el "Sixteen Personality Factors Questionnaire" (16PF; Cattell y Eber, 1962) (Cuestionario de diez y seis factores de la personalidad), y el "Guilfor-Zimmerman Temperament Survey" (Guilford y Zimmerman, 1949) (Sondeo del temperamento de Guilford y Zimmerman).

Pruebas del aprendizaje social La mayoría de las pruebas objetivas tradicionales generan datos que se emplean como signos o correlatos. Se asocian con inferencias de niveles moderados a altos acerca de los rasgos y dinámica de la personalidad o con la conducta futura que esos rasgos o dinámica determinarán. Sin embargo, los promotores del modelo del aprendizaje social en la psicología clínica consideran que el concepto de la personalidad casi es un sinónimo de conducta y por lo tanto han construido una variedad de pruebas objetivas, las cuales, a diferencia de las que se han descrito hasta este punto, se elaboraron con el propósito de recopilar muestras de conducta que requieren solamente de una cantidad mínima de inferencia. Estas pruebas por lo general son breves y sencillas y fueron construidas de una manera racional.

Probablemente la "prueba de personalidad" que se emplea con mayor frecuencia y que se orienta hacia el enfoque del aprendizaje social es el "Fear Survey Schedule" (FSS) (Agenda de sondeo de temores). Consta simplemente de una lista de objetos, personas y situaciones que el cliente debe calificar en términos del grado de temor que le producen. Las diferentes ediciones de esta prueba (por ejemplo, Akatagawa, 1956; Geer, 1965; Lawlis, 1961; Wolpe, 1964; Wolpe y Lang, 1964, 1969) contienen de 50 a 120 reactivos y utilizan escalas del 1 al 5 ó del 1 al 7 para la calificación de los temores. A menudo se emplea el FSS para evaluar la "popularidad" de varios temores, para identificar a las personas que tienen determinados miedos, y hasta como una ayuda para la evaluación de los cambios en las respuestas en el transcurso de un tratamiento para la reducción de los temores. En el Cuadro 6-4 se presentan unos cuantos de los reactivos del FSS.

A pesar de que el FSS se utiliza principalmente en los ambientes clínicos y de investigación con el fin de muestrear las reacciones que un determinado cliente informa que tiene ante diferentes estímulos y situaciones, algunos de los clínicos que emplean esta prueba (por ejemplo, Tasto, Hickson y Rubin, 1971) han recopilado las respuestas de muchísimos estudiantes universitarios y las han empleado como una muestra de estandarización para comparar los puntajes de los clientes

Cuadro 6-4 Una muestra de los reactivos del FSS-II

1	Víboras
2	La muerte de un ser querido
3	Observar un pleito
4	Ser pasajero en un automóvil
5	Reprobar un examen
6	Discutir con mis padres
7	Las jeringas
8	Nadar solo
9	Cometer errores
10	Los perros extraños
11	Estar solo
12	La altura
13	Los lugares cerrados
14	Los cementerios
15	Las montañas rusas

Fuente: Geer, 1965.

nuevos. De hecho, estos mismos investigadores han establecido una hoja del perfil de miedos (muy semejante al perfil del MMPI en la Figura 6-2) que proporciona una representación gráfica de la fuerza relativa de los temores del cliente en cinco áreas: animales pequeños, hostilidad, aislamiento y soledad, destrucción y dolor físico, y moral y sexo.

Entre otras pruebas del aprendizaje social que se centran en la ansiedad, se encuentran el "State-Trait Anxiety Inventory" (Spielberger, Gorush y Lushene, 1970) (Inventario de estado y rasgo de ansiedad); el "Social Avoidance and Distress Scale" (Watson y Friend, 1969) (La Escala de evitación y tención social); el "Social Anxiety Inventory" (Richardson y Tasto, 1976) (El Inventario de ansiedad social); el "S-R Inventory of Anxiousness" (Endler, Hunt y Rosenstein, 1962) (El Inventario E-R de ansiedad); el "Rathus Assertiveness Schedule" (Rathus, 1973) (El Inventario de autoafirmación de Rathus); El "Conflict Resolution Inventory" (otra prueba de autoafirmación; McFall & Lillesand, 1971) (El Inventario de resolución de conflictos); y el "Social Anxiety Survey Schedule" (Cautela, 1977) (Agenda de sondeo de la ansiedad social). Los investigadores y terapeutas del enfoque del aprendizaje social también han desarrollado una variedad de pruebas que no se relacionan con los temores y que reflejan los elementos directos de autorreporte del FSS. Una muestra de estas pruebas incluiría el "Depression Adjetive Checklist" (Lubin, 1965) (Inventario de adjetivos de la depresión); el "Beck Depression Inventory Checklist" (Beck, 1972) (Lista de inventario de la depresión de Beck); el "Múltiple Affect Adjetive Checklist" (Zuckerman y Lubin, 1965) (Lista de adjetivos de múltiples afectos); el "Marital Precounseling Inventory" (Stuart y Stuart, 1972) (Inventario previo a la orientación matrimonial); el "Marital Conflict Form" (Weiss y Margolin, 1977) (Formato del conflicto conyugal); el "Couple Interaction Survey Schedule" (Cautela, 1977) (Agenda de sondeo de la interacción conyugal); y el "Smocking Behavior Inventory" (McFall y Hammen, 1971) (Inventario de la conducta de fumar). El lector

que se interese en obtener una información detallada sobre el contenido, desarrollo y aplicación de los instrumentos de la aproximación del aprendizaje social debe consultar a Cautela (1977), Tasto (1977), Hersen y Bellack (1976), o Mash y Terdal (1976).

Pruebas proyectivas de la personalidad A pesar de que no fue sino hasta 1939 cuando las pruebas proyectivas recibieron su nombre formal, el empleo de los métodos proyectivos de evaluación se remonta por lo menos hasta el siglo XV, cuando se narra que Leonardo da Vinci seleccionaba a sus alumnos parcialmente con base en la creatividad y talento que manifestaban al hacer el intento de encontrar diferentes patrones y diseños en varias formas ambiguas y carentes de estructura (Piotrowski, 1972). En el siglo xix Binet adaptó un juego de salón llamado "Blotto" para evaluar la "imaginación pasiva" al preguntarle a unos niños lo que observaban en varias manchas de tinta (Exner, 1876). Galton construyó una prueba de asociación de palabras en 1879, y en 1910 Cari Jung utilizaba una prueba semejante para la evaluación clínica (véase Zubin, Eron y Schumer, 1965). Estos "métodos" o "técnicas" proyectivas relativamente informales posteriormente evolucionaron hasta convertirse en *pruebas* proyectivas cuando su contenido se estandarizó de tal forma que a cada cliente se le exponía a los mismos estímulos de la misma manera (English e English, 1958). Se ha de notar, sin embargo, que no todos los clínicos están dispuestos a aplicar el término de "prueba" a las estrategias proyectivas. Algunos consideran que su mejor nombre es "técnicas de provocación de respuestas" debido a que dependen en gran medida de la habilidad del psicólogo para hacer interpretaciones (Levy, 1963).

En un sentido técnico, cualquier prueba o estímulo se puede usar de una manera proyectiva si el clínico tiene la intención de interpretar las respuestas del cliente como elementos que indican la estructura o dinámica de la personalidad,[3] y por consiguiente ha surgido bastante discusión y controversia entre las personas interesadas acerca de los elementos que definen una prueba o procedimiento de prueba como "proyectiva" (Lidzey, 1961, Shneidman, 1965, y Zubin, Eron y Schumer, 1965, presentan algunas descripciones de esta controversia). Lindzey (1961) sugiere un conjunto de criterios, los cuales a pesar de que no se han aceptado de una manera universal, como una definición estricta de las evaluaciones proyectivas, han ejercido una gran influencia al ofrecer un esquema de su naturaleza general. De acuerdo con estos criterios, las técnicas proyectivas;

1 Son sensibles a las dimensiones inconscientes de la personalidad.
2 Permiten que el cliente dé una gran variedad de respuestas.
3 Son capaces de medir muchos aspectos diferentes de la personalidad.

[3]Exner (1976, pp. 66-67) observa que las respuestas a algunos de los reactivos de las pruebas de inteligencia pueden propiciar algunas pistas acerca de la personalidad: "La mejor respuesta a la pregunta: '¿Por qué exige el gobierno que las personas que se casen saquen una licencia?' es: para poder llevar un registro. Sin embargo, si el sujeto dice: 'Para prevenir que las mujeres inocentes sean contaminadas con la plaga de las enfermedades venéreas', entonces la respuesta.. . comunica algo acerca de los intereses peculiares de la persona que contesta la prueba."

4 No dejan que el cliente esté consciente o por lo menos seguro del significa do particular de sus respuestas.
5 Generan una gran cantidad de datos complejos de evaluación.
6 Emplean estímulos relativamente ambiguos.
7 Se pueden interpretar de tal forma que proporcionen un panorama integrado de la personalidad del cliente como un todo.
8 Son capaces de provocar expresiones de la fantasía del cliente.
9 No tienen respuestas correctas o incorrectas.

Diferentes autores han clasificado los métodos proyectivos definidos someramente de esta manera de acuerdo con la naturaleza de los estímulos que emplean, la manera cómo se construyen, interpretan o aplican las pruebas, el objetivo que se les designa, y el tipo de respuestas que provocan por parte del cliente (Lindzey, 1959). Probablemente para los propósitos de esta exposición la estrategia más clara es la clasificación de acuerdo con el tipo de respuestas que provocan en el cliente, y por lo tanto las siguientes secciones corresponderán a la categorización de las pruebas proyectivas de Linzey (1961) como los procedimientos que povocan *asociaciones, construcciones, completar lo incompleto, elecciones o jerarquizaciones y expresiones* en la persona que responde. Solamente se tendrá espacio suficiente como para considerar unos cuantos ejemplos en cado grupo, pero existe una amplia cantidad de información más detallada de estas estrategias proyectivas y otras en referencias como Exner (1976), Harrison (1965), Lindzey (1961), Murstein (1963), Rabiii y Haworth (1960), Shneidman (1965), Sundberg (1977) y Zubin, Eron, y Schumer (1965).

Pruebas de asociaciones En esta categoría se encuentran las pruebas proyectivas que les piden a los clientes que observen un estímulo ambiguo y relaten lo que en él ven o asocian. Sin lugar a duda, la estrategia proyectiva mejor conocida y que se utiliza con mayor frecuencia de este tipo es la prueba de manchas de tinta de Rorschach. Consta de diez láminas de colores y de blanco y negro que creó Hermann Rorschach, un psiquiatra suizo entre 1911 y 1921. A pesar de que muchos investigadores europeos y americanos habían utilizado las manchas de tinta para evaluar la fantasía imaginación y percepción (Zubin, Eron y Schumer, 1965), Rorschach fue el primero que intentó usar este tipo de estímulos para evaluar la personalidad y formular diagnósticos.

En realidad, él comenzó empleando figuras geométricas que recortó de papel de distintos colores y sólo más tarde cambió a las manchas de tinta, en parte debido a que había leído acerca de una prueba de manchas de tinta de la fantasía que había desarrollado Hens, un estudiante polaco de medicina (Reisman, 1966). En 1918, Rorschach había establecido un conjunto de quince manchas y estaba realizando grandes esfuerzos por desarrollar una clasificación de la personalidad y un sistema diagnóstico para su aplicación. Cuando la prueba de manchas de tinta finalmente apareció en 1921 (después de que el editor las había reducido a diez láminas para reducir el costo de su publicación), de ninguna forma fue bien acogida. Los expertos europeos en la elaboración y aplicación de las pruebas como Stern "la denunciaron como errónea, arbitraria, artificial, e incapaz. . . de comprender la personalidad hu-

mana. . . (Reisman. 1966, p. 163). Solamente se vendieron unos cuantos ejemplares del libro de Rorschach, *Psychodiagnostik*, que contenía su prueba y su interpretación.

Esta hubiera sido el fin de la prueba de Rorschach[4] si David Levy, un psiquiatra norteamericano que estudiaba en Suiza por los años 1920 y 1921, no se hubiera enterado de la prueba a través de un colega de Rorschach. Levy regresó a Estados Unidos con una copia de la prueba y, en 1927, entrenó a un estudiante de Psicología en la aplicación del Rorschach. Beck estimuló el interés por la prueba al publicar el primer reporte americano sobre su implementación y, en 1937 al proporcionar un procedimiento estandarizado y necesario para la aplicación y calificación del Rorschach. Durante el mismo año apareció otro manual para la calificación de la prueba (Klopfer y Kelly, 1937,1942) y ya se había encaminado hacia una gran popularidad entre los psicólogos norteamericanos quienes hasta esa fecha no tenían a su disposición una prueba global de la personalidad (Reisman, 1966). La utilización creciente de la prueba experimentó una explosión de investigación paralela sobre sus características, confiabilidad, validez, calificación e interpretación. Actrualmente, existen más de 3 000 libros y artículos acerca del Rorschach (Maloney y Ward, 1976).

La prueba en sí es bastante sencilla. Al cliente se le muestra una serie de diez láminas, una por una. En cada lámina aparece una mancha de tinta (semejante a la que se presenta en la Figura 6-3) y se le pide al cliente que relate lo que observa o lo que le parece cada mancha. La persona que aplica la prueba registra todas las respuestas del cliente exactamente como él las dice y toma algunos apuntes especiales acerca de los tiempos de la respuesta, la manera cómo detuvo la lámina (por ejemplo, boca arriba, de lado) mientras la respuesta, algunas reacciones emocionales notorias y otros factores semejantes. En seguida, la persona que aplica la prueba conduce una *indagación* o interrogatorio sistemático acerca de las partes o las características de cada mancha que propiciaron las respuestas.

Posteriormente se transforman o codifican las reacciones iniciales a las manchas y los comentarios que hace el cliente durante la indagación en una forma más fácil de manipular a través de la utilización de un sistema de calificación. Luego se interpretan las respuestas codificadas como signos de la personalidad y perturbaciones de la personalidad. Por lo general, esto implica prestar atención a la *localización*, *determinantes*, *contenido* y *popularidad* de las respuestas del cliente. Anastasi (1968, p. 496) describe estas dimensiones de la siguiente manera:

> La *localización* se refiere a la parte de la mancha con la cual la persona que fue examinada asocia cada una de sus respuestas. ¿Emplea toda la mancha, un detalle común, un detalle raro, un espacio blanco, o alguna combinación de estas zonas? Los *determinantes* de la respuesta incluyen la forma, el color, el sombreado y el "movimiento". A pesar de que desde luego no existe algún movimiento real en la mancha, la percepción de un objeto en movimiento de la persona que respondió a la mancha se clasifica en esta categoría. Se realizan algunas diferenciaciones mayores dentro de estas categorías. Por ejemplo, el movimiento humano, el movimiento animal y el movimiento abstracto o inanimado se clasifican por separado. . .

[4] Este fue el final de Rorschach quien murió un año después de la publicación de su libro.



Figura 6-3 Una mancha de tinta semejante a las que se utilizan en el Rorschach *(Norman D. Sundberg,* Assessment of Persons, *© 1977, p. 207. Reimpreso con el permiso de Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey).*

> La manera como se maneja el *contenido* varía de un sistema a otro, a pesar de que se emplean de manera frecuente determinadas categorías principales. Entre éstas las principales son las figuras humanas, los detalles humanos (o partes de las figuras humanas), las figuras animales, los detalles animales y los diagramas anatómicos. Otras categorías amplias de calificación incluyen los objetos inanimados, las plantas, los mapas, las nubes, la sangre, las radiografías, los objetos sexuales y los símbolos. A menudo se encuentra una calificación de *popularidad* con base en la frecuencia relativa de las diferentes respuestas que las personas han ofrecido en general. Para cada una de las diez láminas, se califican de populares determinadas respuestas debido a que ocurren típicamente.

Supóngase, por ejemplo, que un cliente respondió a la Figura 6-3 diciendo "Parece un murciélago" y durante la indagación subsiguiente observó "Vi toda la mancha como si fuera un murciélago porque es negra y simplemente tiene la forma parecida a la de un murciélago." Si se emplea uno de los sistemas populares de calificación (por ejemplo, el de Beck o Klopfer), probablemente se codificarían estas respuestas como "WFC + AP," en la cual la W indica que se utilizó toda la mancha *(localización),* la F significa que la forma de la mancha (F) fue el *determinante* principal de la respuesta y C significa que el color acromático se vio implicado. El + demuestra que la forma descrita por el cliente parecía corresponder de una manera adecuada a la verdadera forma de la mancha, el A significa que hubo un *contenido* animal en la respuesta, y la P indica que la respuesta "murciélago" es popular en el caso de esta lámina particular.[5]

[5]Por lo menos existen cinco sistemas bastante diferentes para calificar el Rorschach (véase Exner, 1976), de tal forma que una determinada respuesta se puede dosificar en diferentes maneras; además, es probable que cada clínico utilice cada sistema de calificación de una manera algo distinta.

El clínico puede derivar varias inferencias a partir de diversos aspectos de las respuestas a la prueba de Rorschach. Existen algunos datos normativos (por ejemplo, Ames, Leonard, Metraux y Walker, 1959; Beck, 1937) que lo auxilian para establecerlo comunes o raras que son determinadas respuestas y hasta se ha intentado computarizar la actividad de la interpretación de la prueba (Piotrowski, 1964). En su mayor parte, sin embargo, las inferencias se basan en la experiencia que se tiene en la prueba y en la aplicación de varias pautas generales de interpretación. Sundberg (1977, p. 208) proporciona un resumen de estas pautas, las cuales a pesar de que están exageradamente simplificadas, de cualquier forma comunican el "sabor" (esencia) de las inferencias que emanan de las respuestas codificadas:

> La utilización de toda la mancha sugiere integración y organización; muchos detalles pequeños indican compulsión y control excesivo, y el uso del espacio blanco sugiere tendencias oposicionales y negativistas. La presencia de una gran cantidad de formas pobres, respuestas poco comunes y pensamiento confuso sugiere una condición psicótica. Se supone que una gran cantidad de respuestas al color representan emotividad, y en ausencia de las formas adecuadas, sugieren la presencia de emociones no controladas e impulsividad. Las respuestas que mencionan el movimiento humano indican inteligencia, imaginación y una vida interna muy intensa. . . El contenido también posee un gran potencial para la interpretación. . . Los cuchillos, pistolas, cuerpos mutilados, e interacciones de coraje sugieren una gran hostilidad.

Algunos de los clínicos que emplean el Rorschach consideran que el contenido de las respuestas es un elemento muy importante y han desarrollado algunos sistemas especializados para la calificación del contenido que supuestamente detectan la ansiedad, hostilidad, agresión, homosexualidad y otras dimensiones de la personalidad (por ejemplo, Elizur, 1949; Walker, 1951; Wheeler, 1949).

Además de interpretar las respuestas del cliente a cada lámina, el clínico se puede interesar en buscar algunas secuencias o patrones recurrentes en la respuesta que da a través de una o varias láminas. Asimismo, se interpretan determinados datos estadísticos de la prueba que están contenidos en un "resumen estructural". El número total de respuestas (llamado productividad), la frecuencia de las respuestas codificadas en determinadas categorías, y varias proporciones y relaciones de las frecuencias dentro de cada categoría y a través de las diferentes categorías se consideran elementos significativos. Por ejemplo, debido a que la mayoría de las personas tienden a emplear la forma de la mancha más seguido que su color, la presencia de una proporción elevada de determinantes dominados por el color se puede considerar evidencia a favor de un control emocional débil. En un sistema de interpretación, existen 22 porcentajes y proporciones de respuestas que se pueden utilizar para la interpretación (Exner, 1974).

El clínico también presta atención a la conducta manifiesta del cliente durante la situación de la prueba de Rorschach. Cada día se vuelven una parte más importante de la interpretación del Rorschach los indicios de tensión, gusto o confusión, el tratar de impresionar o abusar del examinador, y otras pistas conductuales que manifieste el cliente durante la aplicación de la prueba (por ejemplo, Friedman, 1953; Goldfried, Stricker y Weiner, 1971). El Cuadro 6-5 contiene una muestra de

Cuandro 6-5 Un ejemplo de las inferencias basadas en el Rorschach

En un ámbito de una confusión intelectual y emocional muy grave, notamos un conflicto que se centra principalmente en una lucha entre la vida y la muerte dentro del ser, y acerca de la integridad corporal, la integridad personal y la identidad personal. A medida que abandona el mundo externo y se concentra en sí mismo, especialmente en su cuerpo y funciones físicas, no le parece que las cosas están "bien". Se siente mutilado, sin algún miembro en vez de completo, carente de valor, y como si fuera una forma inferior de vida. En especial, dirige su atención a la alimentación, eliminación, el recto, y otros elementos corporales que se asocian con la eliminación. También existe la preocupación por el sexo, pero su relación particular con esta economía desordenada no está clara. Se percibe que todas estas dificultades, especialmente en cuanto a la manera como se relacionan con los procesos del cuerpo, son el resultado de algún ataque externo en contra de él, como si las demás personas le hubieran hecho un daño sin justificación. De hecho, en su estado actual de desesperación, tiende a considerar que los demás están llenos de defectos y los critica. De esta manera, sus tendencias oposicionistas que en la actualidad son muy fuertes están empujando para poderse expresar y él siente que estas tendencias se justifican. Se observa este estado interno de turbulencia disfórica en una pérdida de espontaneidad, un sentido marcado de inseguridad, incapacidad, e incertidumbre, y en algunas relaciones sociales que se caracterizan por su temporalidad (a prueba). Es extremadamente precavido. Por lo tanto, es muy ineficaz y difícil de adaptarse, e incapaz de enfrentar los problemas. En una personalidad que no se defiende cómodamente de la psicosis, el término "paranoide" se justifica. Se debe considerar la posibilidad de una mayor regresión acompañada de la despersonalización, depresión y delirios sobre el cuerpo.

Fuente: Orbach, C. E. y Tallent. N., "Modification of Perceived Body and Body Concepts Following the Construction of a Colostomy." *Archives of General Psychiatry.* 1965, 12, 125-135, copyright 1965, American Medical Association,

las inferencias que se pueden formular a partir del resumen estructural, contenido de las respuestas y comportamiento del cliente durante la aplicación del Rorschach.

Desde su publicación de 1921, han surgido algunas variaciones del Rorschach. Los ejemplos más notorios incluyen determinadas técnicas para la aplicación en parejas o grupos de sujetos (Cutler y Farberow, 1970: Harrower y Steiner, 1945) y el desarrollo de algunos conjuntos nuevos de manchas (por ejemplo, Harrower, 1945; Holtzman, 1961; Wheeler, 1938). Con la posible excepción de la prueba de manchas de tinta de Holtzman (1961), ninguno de estos procedimientos se ha acercado a disfrutar de la popularidad asociada con el Rorschach mismo (Lubin, Wallis y Paine, 1971).

Otra prueba proyectiva del tipo de las que provocan asociaciones que vale la pena mencionar es el formato para la asociación de palabras. Los pioneros de este formato fueron Galton (1879) y Jung (1910) quienes lo desarrollaron para la aplicación en el laboratorio y la clínica, respectivamente. La versión que se utiliza más ampliamente es el "Kent-Rosanoff Free Association Test" (Kent y Rosanoff, 1910) (La prueba de asociación libre de Kent y Rosanoff), una lista de 100 palabras comunes. El clínico dice cada palabra y el cliente debe dar su asociación (por ejemplo, "arriba", "abajo", "mesa", "silla"). Las inferencias que se formulan a partir de la prueba se basan en el grado hasta el cual las respuestas del cliente difieren de las que dieron las personas que integraron la muestra de estandariza-

estímulos que se consideran que se relacionan de una manera importante y cercana con los conflictos psicosexuales (Rapaport, Gilí & Schafer, 1945, 1946), pero no se usa ampliamente.

Pruebas de construcción Este tipo de estrategia proyectiva le pide al cliente que cree o construya una narración u otro producto con base en los estímulos de la prueba. Entre estas pruebas, sin lugar a duda la más popular es la prueba de apercepción temática (TAT). En contraste con el Rorschach, el TAT presenta una serie de estímulos distinguibles que constan de 30 dibujos de personas, objetos, paisajes (véase la Figura 6-4). En la mayoría de los casos, solamente se aplican diez de estas láminas (una de ellas no tiene dibujo alguno); la edad y el sexo del cliente determinan el subconjuñto de láminas que se elige. También existe un conjunto distinto de láminas con dibujos de personas negras. El examinador muestra cada lámina y le pide al cliente que invente un relato sobre el dibujo, y que incluya los antecedentes que ocasionaron la escena, lo que sucede en el presente, y el desenlace que se llevará a cabo. También se fomenta que el cliente exprese lo que las personas de los dibujos sienten y piensan. Para la lámina que está en blanco, a la persona que responde se le pide que se imagine un dibujo, lo describa, y luego construya una narración acerca de éste.

Los psicólogos Christiana D. Morgan y Henry Murray elaboraron el TAT en 1935 en la Clínica Psicológica de Harvard (Murray, 1938, 1943). Se basó tanto en una hipótesis proyectiva general como en la suposición de que al contar un *relato,* las necesidades, deseos y conflictos del cliente se reflejarían en un personaje (por lo general la heroína o el héroe con los que se identifique el cliente (Lindzey, 1952). Como el Rorschach, el TAT no surgió de una idea original. Desde hacía mucho tiempo Binet y otros habían utilizado los dibujos y retratos para evaluar la inteligencia e imaginación de los niños (Binet y Simón, 1905; Brittain, 1907; Libby, 1908) y también se habían realizado algunos dibujos como una ayuda para formular el diagnóstico de una persona (por ejemplo, Schwartz, 1932; Van Lennep, 1951). Sin embargo, el TAT ofreció una innovación al intentar la interpretación de los relatos de las personas que respondían a las láminas considerándolas como pistas de la personalidad.

Originalmente, el TAT fue una parte de la batería de insturmentos de evaluación que Murray utilizó en un proyecto de investigación sobre la descripción amplia de la personalidad "normal" (veáse el Cap. 4). "Inmediatamente se hicieron obvias; sin embargo, las implicaciones de esta técnica para la investigación de la personalidad de los pacientes, y en poco tiempo el uso clínico de la prueba sobrepasó la aplicación en el ámbito de la investigación" (Zubin, Eron y Schumer, 1965, p. 394). Hoy día, el TAT ocupa el segundo lugar después del Rorschach en cuanto a su aplicación clínica. La cantidad de investigación así como otro material relacionado que se ha publicado sobre esta prueba es enorme (más de 1 500 referencias en el *"Mental Measurements Yearbook* de 1972).

Como en el caso del Rorschach, no existe una sola forma "correcta" para analizar el significado de las respuestas de los clientes a las láminas del TAT. Desde 1951, Shneidman identificó por lo menos veinte sistemas diferentes para su calificación e interpretación y siguen apareciendo métodos nuevos (Harrison, 1965;



Figura 6-4 El tipo de dibujos que se incluyen en el TAT. *(Reimpreso con el permiso de* tos *editores de Henry A. Murray,* Thematic Apperception Test, *Cambridge, Mass.: Harvard University Press, copyright © 1943 por el presidente y colega de Harvard College,* © 7977 de *Henry A. Murray.)*

Zubin, Eron y Schumer, 1965). El análisis se puede centrar tanto en el *contenido* como la *estructura* de los relatos del TAT. El contenido se refiere a *lo que* se describe: las personas, los sentimientos, los acontecimientos, los resultados. La estructura implica la manera *cómo* se narra la historieta: la lógica y la organización, el uso del lenguaje, la manifestación de interrupciones o errores en el habla, comprensión errónea acerca de las instrucciones o los estímulos de los dibujos,

sobresalto emocional obvio y otros factores parecidos. A pesar de que muchas de las aproximaciones para la interpretación (especialmente las más antiguas) prestan mayor importancia al contenido del relato, cada vez se reconoce mas la importancia potencial de la estructura (que incluye la conducta manifiesta del cliente mientras trabaja en la prueba) (por ejemplo, Holt, 1958; Kagan, 1956; Murstein, 1963).

El esquema original para la interpretación que sugirieron Morgan y Murray (1935) tiene un enfoque "orientado en el héroe" en el cual se revisan las respuestas para encontrar las *necesidades* (por ejemplo, logro agresión, afiliación) *y presiones* (influencias ambientales percibidas tales como la crítica, el afecto, o el peligro físico) que se asocian con el personaje principal y que Murray consideró que eran los aspectos fundamentales de la personalidad. Se califican la frecuencia y la intensidad de cada necesidad y presión en una escala de 1 a 5, y también se anotan los temas y los resultados de cada relato. El objetivo de este sistema era proporcionar una descripción y exploración de la personalidad y no un diagnóstico clínico.

Existen otros enfoques para la calificación de la prueba, en particular aquéllos que están relacionados con la investigación de la personalidad en lugar de la aplicación clínica, que han utilizado procedimientos cuantitativos más formales para describir los relatos del TAT (por ejemplo, Dana, 1959; McCellan, Atkinson, Clark y Lowell, 1953). Los esfuerzos que se han realizado en estos sentidos dan como resultado la publicación de algunos datos normativos de las respuestas del TAT (por ejemplo, Eron, 1950; Lindzey, Bradford, Tejessy y Davis, 1959; Murstein, 1972; Rosenzweig y Fleming, 1949) que les sirven a los clínicos para comparar los relatos de sus propios clientes. Sin embargo, algunos sistemas de interpretación emplean de una manera reducida o no utilizan en absoluto los procedimientos formales de calificación (por ejemplo, Henry, 1956), mientras que otros combinan el análisis cuantitativo preliminar con la interpretación subjetiva de los índices numéricos obtenidos (por ejemplo, Bellack, 1947),

La calificación se puede basar principalmente en el "héroe" de cada relato, o en los temas generales y las relaciones interpersonales. En el *"Thematic Test Analysis"* de SheneiSman (1951) *(Análisis de la Prueba Temática)* que contiene ejemplos específicos acerca de la manera como quince clínicos eminentes que empleaban el TAT llevaron a cabo la calificación o interpretación de los relatos que ofreció un mismo cliente hospitalizado, se muestra claramente la amplitud de las posibilidades de interpretación.

Entre la gran diversidad de aproximaciones disponibles, la mayoría de las personas que emplean el TAT en la situación clínica parece que prefieren los sistemas menos estructurados, más intuitivos y que utilizan las normas de respuesta, los criterios formales de calificación, y las teorías de la personalidad solamente como pautas generales (Harrison, 1965; Sundberg, 1977). Es posible que empleen los conceptos de necesidades y presiones de Murray y algunas interpretaciones psicoanalíticas, pero quizá lo más común es que desarrollen una combinación idiosincrática de los principios que se derivan en cierta medida de la teoría y en gran parte de la lógica y experiencia clínica. En el Cuadro 6-6 se presenta un ejemplo de un relato del TAT y la interpretación correspondiente de un clínico.

Cuadro 6-6 Un ejemplo de las inferencias basadas en el TAT

Un hombre soltero de 25 años de edad dio las siguientes respuestas a una lámina del TAT que presenta un dibujo de un joven que mira un violín que está sobre una mesa enfrente de él:

> Este niño está enfermo en cama. Le dieron una pieza para que la estudiara, pero en lugar de la música se encontró una novela que le interesa más que la música. Probablemente es una historia de aventuras. Por lo visto no teme que sus padres entren y lo encuentren ocupado en la lectura, ya que se ve tranquilo. Parece que es un tipo estudioso, así que quizá se lamenta haber faltado a la escuela, pero parece que está bastante entretenido con la aventura de la novela. La aventura tiene algo que ver con el mar o el agua. No está muy contento, aunque tampoco muy triste. Sus ojos están en blanco —una coincidencia con la lectura sin ojos de un libro o saber lo que contiene un libro sin leerlo. Se olvida de la música y se duerme al leer el libro.

A continuación se presenta un segmento de los apuntes de un experto en la utilización del TAT (Holt, 1978, pp. 166-167). Después de presentar una lista de varios indicadores de psicosis (distorsión perceptual, arbitrariedad, peculiaridades, ideación delirante, aplanamiento, aislamiento interpersonal), él concluye lo siguiente:

> Basándome exclusivamente en este relato, estoy seguro de que está presente un proceso esquizofrénico, aunque no se trate de una esquizofrenia pura. El tono algo pretencioso y fingido, junto con el hecho fundamental de que rechaza de una manera el reconocimiento de la presencia del violin, sugiere, con bastantes bases, que él *si* ve el violín pero piensa conscientemente que es bastante "listo" y "original" o está poniéndole una trampa al examinador (que él puede considerar que le está poniendo a su vez una trampa a él) al ignorar el violín o al considerarlo un libro. De lo que está consciente en cierto nivel, está sugerido *por el hecho de que el tema básico, p una tarea impuesta por el padre n Autorresistencia, Agresión pasiva.* También concuerda la afirmación final: se *olvida* de la música. No se trata de un psicópata que Intenta comportarse de una manera lista —demasiado "esquizo" (disociado).
>
> *Enfermo en cama de niño* puede ser un tema autobiográfico. Sin lugar a duda él está "enfermo" (es decir, psicótico) ahora, y eso puede bastar para explicarlo. Pero la mayoría de los psicóticos no ven la lámina de esta; por consiguiente parece plausible suponer que tuvo una enfermedad prolongada cuando era niño, y lo separo de los demás niños-*, y como fantasía de escape sueña sobre viajes y aventuras.
>
> Es posible que la tercera oración describa su conducta manifiesta: impasible, aparentemente "tranquilo", pero en verdad bastante asustado en el fondo.
>
> Arriba están casi todas las hipótesis, que se confirmarán o rechazarán mediante los demás relatos.
>
> Una *gran pasividad* en todo el relato especialmente en las conclusiones. También se presentan sugerencias *de huida* y *evitación* de un tipo muy pasivo, lo suficientemente drástico como para incluir una negación de los aspectos amenazantes de la realidad.
>
> Nada mantiene su interés por un tiempo prolongado, ni siquiera una novela de aventuras. Pronto se retira dentro de su *propia* fantasía, hasta la convicción de saber lo que está escrito en un libro sin haberlo leído a pesar de que se "dio la oportunidad" de leerlo, y finalmente se retira dentro de su sueño.

Fuente: **Robert** R. **Holt,** *Methods in Clinical Psychology,* © 1978 de Plenum Press, New York. (Reimpreso con persmíso).

Las siguientes pruebas de construcción son algunos ejemplos de las que se encuentran entre las que inspiró el TAT o tienen características semejantes al TAT:

1 El "Children's Apperception Test" (CAT; Bellack, 1954) cuyas láminas presentan personajes de animales en lugar de seres humanos. Se emplean con niños de tres a diez años de edad.

2 El "Blacky Pictures" (Blum, 1949) (Los retratos de Blacky) otra prueba para niños que presenta un perro pequeño ("Blacky") y su Familia en una serie de situaciones psicodinámicamente simbólicas, inclusive una lámina presenta un cuchillo que cae encima de la cola de Blacky.

3 El "Make-a-Picture Story" (MAPS; Sheneidman, 1949) (Construye un relato pictórico) que algunas personas han llamado "el TAT de autoservicio" de bido a que el cliente primero construye los dibujos al arreglar unos recortes de formas humanas y animales sobre una láminas con algún paisaje, y luego ofrece diferentes relatos sobre sus arreglos.

4 El "Auditory Apperceptive Test" (Stone, 1950) (La prueba de apercep ción auditiva) que consta de varios sonidos grabados (por ejemplo, una máquina de escribir, un ciclón) que el cliente debe utilizar para o ?ar un relato.

5 El "Rosenzweig Picture-Frustration Study" (Rosenzweig, 1949), (Estu dio de frustración pictórica de Rosenzweig), que presenta 24 caricaturas donde una persona frustra a otra en alguna forma (por ejemplo, "No te voy a invitar a mi fiesta"). Al cliente se le pide que exprese la respuesta de la persona que fue frustrada.

Incluso existen pruebas de que algunos clínicos con una orientación del aprendizaje social hayan experimentado con dibujos parecidos a los de TAT para evaluar las cogniciones que ocurren en determinadas situaciones (Meichenbaum, 1976). Para obtener una lista y descripción más comprensivas de las pruebas proyectivas del tipo que solicita construcciones o elaboraciones narrativas del cliente, véase Zubin, Eron y Schumer (1965).

Pruebas de "completar lo incompleto" Estas pruebas constan de la presentación de una porción de un estímulo (por lo general de una oración) y la petición al sujeto de que la complete de la manera como él desee. La suposición que subyace en esta estrategia es que la forma que elija el cliente para terminar la oración reflejará sus motivos, conflictos y otras dimensiones de la personalidad. Como los otros tipos de técnicas proyectivas que se han estudiado hasta ahora, el formato de las frases incompletas se había empleado previamente como una medición del intelecto (Ebbinghaus, 1987, citado en Reisman, 1966). Por lo general se dice que se comenzó a utilizar como una técnica proyectiva para evaluar la personalidad a partir de las pruebas discritas por Payne (1928) y Tendler (1930), pero las versiones más difundidas no aparecieron hasta la década de 1940.

En la actualidad, la prueba de "completar lo incompleto" más popular es el de Rotter Incomplete Sentences Blank" (Rotter y Rafferty, 1950) (Pruebas de frases incompletas de rotter). Contiene 40 frases o "raíces" de oraciones tales como: "A mí me gusta. . ." "Yo secretamente. . ." Las respuestas del cliente se comparan con una gran cantidad de datos que se presentan en el manual de la prueba y se les califica en una escala de 7 puntos que cubren diferentes grados de ajuste o inadaptación personal de acuerdo con el grado en que se desvían de las normas establecidas. Luego, se obtiene el total de las calificaciones de los reactivos para proporcionar el puntaje de ajuste general.

Estos procedimientos de calificación, en cierta medida objetivos, se relacionan principalmente con la prueba de Rotter y una cantidad reducida de instrumentos de frases incompletas bastante breves y que se elaboraron con fines de investigación cuyo objetivo es evaluar determinados aspectos particulares de la personalidad (por ejemplo, Exner, 1973). La mayoría de las demás pruebas de "completamiento"

intentan proporcionar descripciones más generales de la personalidad, tienden a ser más largas (hasta 240 reactivos), poseer un contenido más variado, y dependen en una medida bastante exagerada de la experiencia y habilidad clínica para orientar la formulación de las inferencias. En esta categoría se incluyen las pruebas de frases incompletas de Sacks (1950), Stein (1947), Forer (1950) y Holsopple y Miale (1954), P. Goldberg (1965) presenta una revisión exhaustiva de estas pruebas y muchas otras.

Las pruebas de elección o jerarquización En esta categoría se encuentran los instrumentos proyectivos que le piden al cliente que arregle con algún orden los estímulos de la prueba o que haga algunas elecciones a partir de una variedad de estímulos de acuerdo con sus preferencias, lo atractivo que los encuentra, o alguna otra dimensión. Existe una cantidad bastante pequeña de este tipo de pruebas y no son muy populares, aunque alguna vez sí lo fueron.

En la década de 1940 y 1950, por ejemplo, el "Szondi Test" que ahora casi nadie conoce; (Szondi, Moser y Webb, 1959) era utilizado ampliamente por muchos psicólogos clínicos (Sundberg, 1969). Alrededor del año 1947 Lipot Szondi, un psiquiatra húngaro desarrolló este instrumento. Creía que el que a alguien le gustara o repudiara algún tipo particular de persona se debía a ciertos rasgos determinados genéticamente, o a pulsiones que se comparten con esa persona. La prueba fue elaborada con el propósito de esclarecer estas pulsiones pidiendo al cliente que eligiera las dos personas que más le agradaban y las dos que más repudiaba en cada uno de los seis grupos de fotografías que se le presentaban. Cada uno de estos grupos constaba de ocho retratos diferentes de pacientes mentales europeos que habían sido diagnosticados como asesinos sádicos, histéricos, esquizofrénicos catatónicos o paranoides, maniaco-depresivos u otras clasificaciones semejantes.

En cada conjunto de fotografías se representaba una vez cada categoría diagnóstica. Sin exagerar, los retratos en realidad no favorecían a las personas (véase la Figura 5-6), de tal forma que era más difícil escoger las personas más agradables para el sujeto que las que se encontraban en el otro extremo del espectro. Según Szondi, la elección repetida del cliente de un determinado tipo diagnóstico revelaba la presencia de las pulsiones inconscientes o manifiestas que el cliente compartía con esa clasificación. Se consideraba que una distribución equitativa de tipos agradables y desagradables dentro de una misma clasificación indicaba alguna ambivalencia con esa área de conducta, mientras que si el cliente ignoraba una categoría por completo eso significaba que no compartía las pulsiones de sus integrantes.

Existen diferentes versiones acerca de cómo llegó la prueba de Szondi a América. Reisman (1966) dice que David Rapaport la importó, pero Harrison (1965) sugiere que uno de los alumnos de Szondi la introdujo. De cualquier forma, después de un breve periodo en que disfrutó de bastante popularidad (en 1954 Rapaport recopiló 300 referencias publicadas, y por un tiempo hasta apareció el *Boletín Szondi)* la prueba desapareció de la escena como resultado de su utilidad limitada para proporcionar el diagnóstico de una persona y la naturaleza dudosa de la teoría en que se basaba.



Figura 6-5 Fotografía de la Prueba Szondi (*Szondi, L., Moser, U., & Webb, M.W.* The Szondi Test in Diagnosis, Prognosis and Treatment © *1959 de J.P. Lippincott, Philadelphia. Reimpreso con permiso*).

El "Kahn Test of Symbol Arrangement" (Kahn, 1955) (La prueba de disposición de símbolos de Kahn) ejemplifica una estrategia proyectiva contemporánea del tipo de elección o jerarquización. En esta prueba, al cliente se le muestran 16 objetos de plástico de diferentes configuraciones (estrellas, animales, cruces, círculos, corazones) y se le pide que los organice dentro de distintas categorías tales como "amor", "odio", "malo", "bueno", "vivo", "muerto", "grande" y "pequeño" (Harrison, 1965). Se registran las elecciones del cliente acerca de cuáles son los objetos que corresponden a cada categoría y, además, se le pide que asocie libremente cada objeto con el fin de iluminar el significado simbólico que tiene cada objeto para el sujeto. Luego, se interpretan las formas como dispuso de los objetos, a la luz del significado de cada símbolo y son usadas para apoyar las inferencias acerca de los procesos inconscientes de la personalidad del cliente.

El "Tomkins-Horn Picture Arrangement Test" (Tomkins, 1957) (La prueba de disposición de dibujos) combina algunos aspectos de los precedimientos de jerarquización con los de las técnicas de construcción como el TAT. Consiste en la presentación de 25 tríos de dibujos que muestran a una persona que lleva a cabo varias actividades. El cliente debe disponer cada trío en la secuencia que él elija y luego debe ofrecer un relato acerca de la acción que representa. La interpretación se basa en algunas normas sobre la disposición de las secuencias y los juicios subjetivos acerca del significado de las narraciones. Esta prueba tiene muchos elementos en común con la prueba "Construye un relato pictórico" (MAPS) que se describió anteriormente y también comparte algunos aspectos con el "Four Picture Test" (Prueba de cuatro dibujos) de Van Lennep (1951).

Pruebas expresivas Estos procedimientos le piden al cliente que se exprese de una manera directa, por lo general mediante un dibujo. Varias pruebas de este tipo disfrutan de gran popularidad hoy en día. La más notoria es el "Draw-a-Person Test" (DAP; Machover, 1949) (Dibujo de la figura humana) en la cual, como su nombre implica, simplemente se le pide al cliente que dibuje una persona. Goodenough (1926) había desarrollado una prueba semejante (llamada "Draw-a-Man", Dibuja un hombre) para estimar la inteligencia de los niños mediante la calidad, el detalle y la complejidad de los dibujos. Sin embargo, en el DAP se infieren varios aspectos de la personalidad a partir de los dibujos que producen los niños y adultos. A cada cliente se le puede pedir que trace varios dibujos: es posible que las instrucciones iniciales de que dibuje una persona se sigan por peticiones de que dibuje a una persona del sexo opuesto, una familia, a sí mismo, una madre y así sucesivamente. Algunas de las personas que aplican la prueba le piden al sujeto que conteste varias preguntas o que cuente algún relato acerca de sus dibujos, pero la lógica principal detrás esta prueba es que los dibujos por sí solos pueden revelar datos significativos de la personalidad.

A través de la orientación que le proporcionó la teoría psicoanalítica, Machover (1949) sugirió que la inclusión, exclusión y características de cada parte del cuerpo, junto con la ubicación, simetría, organización, tamaño y otros rasgos de todo el dibujo indicaban la autoimagen, los conflictos, deseos, temores y percepciones del mundo que tenía el cliente. Por ejemplo, dibujar ojos muy grandes puede relacionarse con el pensamiento paranoide ("Debo tener los ojos bien

abiertos" o "los demás me están viendo"), problemas para el dibujo de la nariz (un símbolo fálico) podían reflejar la ansiedad de castración, mientras que la estabilidad de la posición de la figura podía representar sentimientos de seguridad. En la Figura 6-6 se presenta una muestra de los dibujos y las inferencias que se pueden derivar a partir de éstos.

Otras dos pruebas de dibujos proyectivos también gozan de una amplia aplicación. El "House-Tree-Person Test" (La prueba de la casa el árbol y la persona) de Buck (1948) pide al cliente que dibuje cada uno de estos objetos y después platique acerca de ellos en una entrevista extendida. La Prueba Bender-Gestalt, que se describió anteriormente como una medición del deterioro intelectual, también se interpreta como un indicador proyectivo de la personalidad y la perturbación de la personalidad cuando el examinador se centra en la naturaleza y significado simbólico de los errores y distorsiones que cometa el cliente al copiar las figuras. Se dispone de una cantidad mayor de pruebas de dibujos (por ejemplo, Caligor, 1952), pero parece que no se utilizan mucho.

Existen pruebas proyectivas del tipo expresivo que no implican la realización de dibujos; entre éstas se encuentran los métodos de trazar con los dedos al em-



* Debajo de los intentos obvios por dibujar una figura impresionante de vigor masculino, existen tendencias sutiles de los contrario: de no ser adecuado y de no ser importante. Se han inflado los músculos de la figura más allá de trazos verdaderamente firmes y sinuosos, en una suavidad acolchonada como si la figura estuviera compuesta de globos; las piernas se pierden sin mucho detalle y por último los pies están ausentes; se le puso un sombrero incongruente al luchador de tal manera que el ademán de levantar su mano con guante, como señal de victoria parece cómico. . . Por un lado, como un emblema de su defensividad, la persona acromática que dibujó es el luchador de "veinte años de edad" con los músculos flexionados y una constitución de alguien que levanta pesas. Sin embargo, debajo de esta imagen inflada, en el dibujo de una persona con crayola, que debido al impacto del color tiende a explorar los niveles relativamente más profundos de la personalidad (Hammer, 1968), en este caso ofrece un niño de "seis años" que en esa época parece más un infante que un niño: con un rizo parado saliendo de su cabeza y la sugerencia de pañales (que se muestra aquí en blanco y negro). Las orejas se ven bastante ridiculas en su posición apartada de la cara y, en su totalidad; la proyección completa de este dibujo es de una entidad bastante infantil y risible, en lugar del hombre macho impresionante que exageró en la versión acromática de la persona. Debajo de sus esfuerzos por demostrar una masculinidad tosca (que pudo culminar con la ofensa que se le dirige), el paciente se experimenta en realidad a si mismo como un niño pequeño, dependiente y que necesita cuidados, protección y afecto.

Figura 6-6 Dibujos e interpretaciones de la prueba del dibujo de la figura humana (realizados por un joven de 18 años al que se le descubrió robando un televisor) *(Reimpreso de Emanuel Hammer, "Projective Drawings" en A.I. Rabin, ed., Projective Techniques in Personality Assessment, pp. 375-376. Copyright © 1968 de Springer Publishing Company, Inc. New York. Utilizado con permiso)*

barrárselos de pintura (por ejemplo, Napoli, 1947), el psicodrama (Moreno, 1946) y el juego con títeres (por ejemplo, Woltmann, 1951).

Situación en que se encuentra la aplicación de pruebas en la Psicología clínica

A pesar de que la cantidad real de pruebas psicológicas sigue en aumento año tras año, el entusiasmo que alguna vez se les brindaba no ha seguido el mismo curso (por ejemplo, Bersoff, 1973; Lewandowski y Sarcuzzo, 1976; Lubin y Lubin, 1972). En especial durante las décadas de 1930 a 1950, se elogiaban las pruebas como si fueran radiografías o senderos semimágicos para la medición de la inteligencia, personalidad, aptitudes o cualquier otro aspecto (Reisman, 1966), y a cada estudiante de Psicología clínica se le requería que cursara varias materias intensivas sobre la aplicación de pruebas. Un clínico distinguido que expresaba su opinión por escrito en 1955, mencionó que "Es difícil concebir. . . a una persona dentro del campo de la psicología clínica que haya alcanzado el nivel de postdoctorado que no esté completamente documentado y entrenado en el Rorschach" (Harrower, 1965b, p. 398). No obstante, tal acontecimiento no solamente es fácil de concebir hoy en día, sino que sucede con bastante frecuencia (Shemberg y Keeley, 1970), como los autores de este libro pueden atestiguar personalmente.

Varios factores han ocasionado la decadencia de las pruebas psicológicas desde la cúspide que alguna vez ocupaban (cuando casi todos lo clientes recibían como rutina alguna combinación del WAIS, el Rorschach y el TAT). En primer lugar, como se observó en el Capítulo 4, existe una tendencia general en contra de la evaluación basada en la calificación diagnóstica tradicional en la psicología clínica, de tal forma que las pruebas ya no se utilizan tanto para ese fin. En segundo lugar, a muchos clínicos simplemente no les gusta el papel de "examinador", el cual no sólo consideran que es subordinado al del psiquiatra, sino que también lo perciben como una función artificial y potencialmente perjudicial para la relación con los clientes (Breger, 1968; Rosenwald, 1963). Recientemente han surgido algunas preocupaciones más generales a medida que los psicólogos clínicos, el público en general, el gobierno y los clientes particulares han puesto las pruebas y el proceso de aplicación de las pruebas bajo un escrutinio mucho más intenso que jamás se había dado anteriormente. Esta precaución y actitud conservadora en relación a las pruebas psicológicas que ha ido aumentando tiene sus raíces en (1) la investigación sobre la confíabilidad, validez y otras propiedades psicométricas de muchos instrumentos, (2) la conciencia creciente acerca de la susceptibilidad de las pruebas a varios tipos de prejuicios, (3) el reconocimiento de que algunas pruebas, en especial las que evalúan la inteligencia, pueden poner en desventaja a ciertos grupos minoritarios, (4) la preocupación acerca de que la recopilación y el almacenamiento de la información proporcionada por las pruebas puede constituir una invasión de la privacía de la persona que haya respondido, y (5) la preocupación acerca de que las pruebas y los datos que se derivan de ellas fácilmente se interpretan o utilizan de una manera equivocada. En esta sección, se considerarán algunos de los argumentos que se relacionan con cada uno de estos aspectos.

Propiedades psicométricas de las pruebas Una de las críticas más fundamentales que se han dirigido contra las pruebas psicológicas es que no cumplen muy bien con

su cometido, es decir, que tienden a no ser confiables ni válidas (por ejemplo, Mischel, 1968). Aunque probablemente sea injusto aseverar esto acerca de todas las pruebas bajo todas las circunstancias, la investigación sobre sus propiedades psicométricas por lo general no ha sido favorable. Esta investigación es demasiado voluminosa como parta que se pueda describir aquí con base en cada prueba (véase Anastasi, 1976, para tener accesos a una revisión más comprensiva), pero se puede resumir de esta manera.

En primer lugar, *la confiabilidad de las pruebas psicológicas tiende a ser generalmente bastante elevada, pero no de una manera uniforme.* Los coeficientes de confiabilidad para algunas de las escalas del MMPI son tan bajos como 0.00, por ejemplo, aun cuando las confiabilidades de formas paralelas, de "test-retest", y de "split-half" por lo común son de 0.80 a 0.% para la mayoría de las pruebas de inteligencia, y alrededor de 0.80 para las pruebas objetivas de la personalidad más sobresalientes. De una manera semejante, las pruebas de aptitudes y habilidades como el GRE, el "Miller Analogies Test" (MAT), el "Medical College Admission Test" (MCAT) (Prueba de ingreso a la escuela de medicina), y el "Law School Admission test" (LSAT) (Prueba de ingreso a la facultad de leyes) muestran coeficientes de confiabilidad que van desde 0.71 hasta 0.97. Las pruebas de interés y valores, como el "Kuder Preference Record" (Registro de preferencias de Kuder), el "Strong Vocational Interest Blanck" (Forma de los intereses vocacionales), y el "Allport-Vernon Lindzey Study of Valúes" (Estudio de Valores) han producido coeficientes de confiabilidad de 0.70 a 0.94.

En el caso de las pruebas proyectivas es difícil computar la confiabilidad debido a que las aproximaciones de formas paralelas, "split-half" y "test- retest" a menudo no tienen sentido para estos instrumentos. Los intentos para determinar la confiabilidad en el sentido tradicional del Rorschach, el TAT y otras estrategias proyectivas principales han producido resultados variables y en su mayor parte poco impresionantes (Garfield, 1974; Korchin, 1976). A su vez los promotores de las pruebas proyectivas a menudo señalan los niveles bastante altos de acuerdo entre los diferentes clínicos que utilizan los mismos sistemas de calificación. Sin embargo, el tema acerca de si estos datos expresan más acerca de las personas que los emplean que acerca de las propiedades de las pruebas ha sido motivo de alguna controversia.

En segundo lugar, *la validez de las pruebas psicológicas por lo general ha sido menos impresionante que su confiabilidad.* Hasta cierto punto esto debe ser así, debido a que matemáticamente una prueba jamás puede obtener una validez más alta que su confiabilidad, pero la discrepancia entre la validez y confiabilidad de las pruebas a menudo es muy grande. De hecho, existen pocas pruebas en la actualidad que poseen una validez espectacular en términos absolutos. En términos relativos, probablemente sea justo afirmar que cuanto más cercanos estén el contenido y las tareas implicadas en la prueba a los contenidos o tareas que se desean predecir o evaluar (es decir, al criterio), la validez será más alta (Mischel, 1968; Thorndike y colaboradores, 1921).

Por ejemplo, las pruebas de aptitudes y capacidades que le piden a la persona que se examina que proporcione información o que ejecute tareas directamente

relacionadas con determinadas habilidades académicas, ocupacionales o de otro tipo; por lo general, son las pruebas más válidas que existen. Las pruebas tales como el GRE, MCAT y el LSAT a menudo son iguales o superiores que las calificaciones académicas para predecir el rendimiento en la especialidad, y una combinación de las calificaciones en las pruebas y los promedios académicos aún proporcionan una mejor predicción (es decir, selección de estudiantes) que la que se obtendría si únicamente se emplearan las pruebas o las calificaciones (Anastasi, 1976). Otros ejemplos de pruebas de aptitudes o habilidades que manifiestan una validez considerablemente alta incluyen el MAT y el "Differential Aptitude Test" (Prueba de aptitudes diferenciales) cuya correlación con la ejecución académica subsiguiente se encuentra en un rango de 0.40 a 0.80.

Las pruebas principales de inteligencia ocupan el segundo lugar en cuanto a su validez relativa. Estas pruebas, y en especial sus secciones verbales, tienen una correlación con el rendimiento académico, habilidades específicas (como la lectura, la aritmética y el uso del lenguaje) y evaluaciones de los maestros de 0.17 a 0.75. Sin embargo, parece que por lo general las evaluaciones de los maestros predicen el rendimiento académico de una manera significativamente superior que los puntajes de C.I. (véase Frank, 1976).

Cuando se utilizan las pruebas de inteligencia para formular inferencias acerca del desorden psiquiátrico o características de la personalidad de una persona, los datos sobre la validez en su mayoría han sido decepcionantes (Cronbach, 1970). Frank (1976, p. 158) sugiere el motivo por el cual esto ocurre: es ingenuo "suponer que aun cuando los factores de la personalidad, normales o anormales, ejerzan alguna influencia sobre el rendimiento en las pruebas de inteligencia, que estos factores serán los únicos que afectarán los resultados en las pruebas. . . La edad, el sexo, la educación, el nivel socioeconómico y el nivel de inteligencia del sujeto afectan el rendimiento de la misma manera que la actitud del sujeto acerca de la situación de que se le está poniendo a prueba y la actitud del examinador hacia el sujeto".[6]

Probablemente debido a que el contenido de las pruebas tradicionales de la personalidad está tan alejado de los parámetros que desean describir o predecir, son los instrumentos de evaluación psicológica menos válidos. Hasta las pruebas objetivas que se emplean ampliamente no han podido establecer claramente su validez en relación a, digamos, autoreportes sencillos o información bibliográfica (por ejemplo, Fulkerson y Barry, 1961; Mischel, 1968). Por ejemplo, se ha dicho que el MMPI es un "desastre" (Norman, 1972) y "una pesadilla psicométrica" (Rodgers, 1972). Se basó en un sistema diagnóstico sumamente deficiente, sus escalas tienen una confiabilidad limitada, y la muestra en la que se estandarizó la prueba fue demasiado pequeña y poco representativa de las diversas variables geográficas, raciales y culturales. Se ha puesto en tela de duda la habilidad de la

[6]A pesar de los datos contradictorios, los clínicos siguen utilizando la "dispersión" en las pruebas de C.I. y otros de sus índices para formular inferencias acerca de la personalidad u otras perturbaciones conductuales del cliente (Garfield, 1974). Más adelante se considerarán las posibles razones de esto, así como los motivos de otros usos que se hacen de las pruebas y que no se justifican empíricamente.

prueba para hacer distinciones más finas entre las categorías diagnósticas a excepción de las diferenciaciones más burdas (por ejemplo, normal versus anormal; neurótico versus psicótico), y, debido a que sus escalas tienen una alta correlación entre sí, se considera limitada para proporcionar perfiles verdaderamente individuales. La investigación sobre los instrumentos proyectivos es todavía menos alentadora. Las correlaciones entre los datos de las pruebas proyectivas y diversos criterios por lo común han caído en un rango de 0.20 a 0.40 (Sundberg, 1977). Peterson 1968a, p. 3) resumió la investigación sobre la evaluación de las pruebas de la personalidad al afirmar que "la evidencia negativa que se ha acumulado es bastante poderosa y en ningún lugar se encuentra evidencia positiva acerca de su validez y utilidad".

Hay muchas razones teóricas y prácticas que sostienen estas conclusiones. Loevinger (1965) señala que la ausencia de buenas pruebas de este tipo "no es ocasionada por la falta de interés o disposición por construir una buena prueba, sino por las dificultades intrínsecas en la medición de la personalidad" (p. 91). Por ejemplo, los criterios de la personalidad que estas pruebas tratan de describir o predecir a menudo son por sí solos vagos, multidimensionales, y sorprendentemente variables, ya que dependen de los factores situacionales y de otros. Además, el significado de los reactivos de las pruebas de personalidad (por ejemplo, "Yo disfruto de la gente") o las opciones de respuestas (Por ejemplo, "a menudo" o "rara vez") puede variar considerablemente de un cliente a otro. Galton reconoció este problema cuando inventó el cuestionario: "Casi no existe una tarea más difícil problema cuando inventó el cuestionario: "Casi no existe una tarea más difícil que la de formular preguntas que no serán entendidas de una manera errónea, que permitan una respuesta fácil, y que cubran el aspecto que se desea indagar" (Galton, 1833, p. 279). Finalmente, aún no se resuelve el dilema básico acerca de si se deben tomar las respuestas a las pruebas como muestras o signos. ¡Con razón sufre la validez!

Distorsión de los puntuajes de las pruebas Como se observó al inicio de este capítulo, las pruebas se elaboran con el fin de recopilar determinados datos bajo ciertas condiciones fijas. Cuando estas condiciones no se mantienen fijas, se pueden distorsionar o prejuiciar los puntajes de las pruebas de diferentes maneras que confunden al clínico que intenta formular inferencias a partir de estos resultados. Se ha demostrado que una multitud de factores diferentes de los que desea medir el examinador alteran significativamente los resultados de casi todos los tipos de pruebas. Por ejemplo, Mussen y Scodel (1955) demostraron que después que se había excitado sexualmente a un grupo de hombres universitarios mediante la exposición de fotografía de desnudos femeninos, ellos dieron un mayor número de respuestas relacionadas con temas sexuales a las láminas del TAT cuando un joven del sexo masculino vestido de manera informal aplicaba la prueba que cuando el examinador era un hombre mayor vestido de manera formal.

Los procedimientos de la aplicación de las pruebas tales como las instrucciones también pueden ejercer una influencia importante en las respuestas del cliente. Como una parte de su investigación acerca de las tácticas que emplean los

internos de los hospitales mentales para provocar determinadas impresiones, Braginsky, Grosse y Ring (1966) administraron una prueba del tipo que solamente se responde con "cierto" o "falso" con variaciones en las instrucciones que les daban a los diferentes grupos de sujetos. En una condición describieron la prueba como un indicador de enfermedad mental, en la que las respuestas de "cierto" indicaban patología. A otros pacientes de les dijo que la prueba medía la autoconsciencia y que las respuestas de "cierto" estaban relacionadas con la disponibilidad de los sujetos para salir del hospital. Las instrucciones alteraron de una manera muy clara los resultados de la prueba. La prueba de "enfermedad mental" propició que aquellos que desearan permanecer en el hospital obtuvieran puntajes altos, y puntajes bajos en aquellos que deseaban que se les diera de baja. Las instrucciones sobre el grado de "autoconsciencia" propició una tendencia contraria; los pacientes que deseaban salir del hospital obtuvieron puntajes más altos que los que deseaban quedarse. Los efectos de las instrucciones también se manifiestan en las pruebas de C.I. (por ejemplo, Engleman, 1974), las pruebas de personalidad tales como el "Rotter Locus of Control Scale" (Deysach, Hiers y Ross, 1976), y hasta los sondeos sencillos de temores personales (por ejemplo, Lick, 1977), mientras que se ha demostrado que el reforzamiento verbal selectivo altera los resultados de las pruebas proyectivas (por ejemplo, Greenspoon, 1962; Stewart y Patterson, 1973).

En el caso de algunas pruebas, la estructura de los reactivos y las opciones de respuesta puede ejercer una influencia sobre los resultados. Supóngase que un examinador desea averiguar qué opinan los padres acerca de que sus hijos manifiesten actitudes agresivas hacia ellos. El examinador puede redactar un reactivo que diga "no se le debe permitir a ningún niño que le pegue a su padre" y que pida al cliente que responda "estoy de acuerdo" o "no estoy de acuerdo". En este caso, el cliente debe construir mentalmente una opción distinta como "se le debe animar a un niño a que le peque a su padre" para poder guiar su decisión acerca de si está o no de acuerdo con la afirmación del reactivo. Sin embargo, cada persona puede construir diferentes opciones mentales y por consiguiente el contenido de los reactivos puede variar de cliente a cliente (Loevinger, 1965).

En las pruebas en las que el examinador debe registrar textualmente las respuestas del cliente, de nuevo aparece el problema de la pérdida de información (que ya se observó en el caso de la entrevista). Si se considera que *todo* lo que dice o hace un cliente es importante para la calidad de los datos de la prueba, es obvio que las limitaciones en la habilidad de cualquier ser humano para plasmar de una manera adecuada todos los elementos de una sesión de prueba pueden reducir esa calidad.

Las circunstancias en las que se aplica una prueba pueden ser importantes. Bernstein (1956) encontró que las respuestas del TAT eran menos emocionales y más optimistas cuando el examinador estaba presente que cuando el cliente tomaba la prueba solo. Esto se puede comprender perfectamente debido a que, como sucede en el caso de muchas entrevistas, a menudo los clientes no quieren dar la impresión de que están "enfermos" o son raros en la presencia de un psicólogo. En algunas ocasiones el examinador puede producir un estado emocional que en realidad reduzca el puntaje del cliente en la prueba. Handler (1974) informó de un

caso en el que el C.I. de un niño subió de 68 a 120 con sólo eliminar la presencia perturbadora del psicólogo. Cuando se volvieron a aplicar otras pruebas del C.I. en la presencia del examinador, el puntaje del niño nunca fue mayor de 79.

Handler (1974, pp. 54-55) relata otro suceso que pone de relieve la importancia del ambiente físico durante la situación de la prueba:

> Realicé un estudio sobre la prueba del dibujo de la figura humana en la Universidad del Estado de Michigan. Se trataba sobre la relación entre la RGP (respuesta galvánica de la piel) y los índices de ansiedad al dibujar las figuras. Se sujetaba un Polígrafo a cada sujeto y se le pedía que dibujara las figuras humanas. En el estudio, parecía que la mayoría de los dibujos los habían realizado los pacientes retrasados de un hospital mental. En aquella época, el departamento de psicología se concontraba en un cobertizo de material prefabricado de doble puesta y yo disponía de un pequeño cubículo sin ventanas y pobremente iluminado para llevar a cabo mi investigación. Estaba lleno de una gran cantidad de aparatos, incluyendo una consola de polígrafos bastante imponente. Las paredes estaban tapizadas con un material especial para amortiguar el sonido, lo cual daba la apariencia misteriosa al cubículo como de una celda acolchonada, o por lo menos de un sitio donde se aisla a las personas. El sujeto entraba en el cubículo con reticencia a través de dos puertas dobles que yo cerraba enérgicamente. Se le pedía que se sentara en un sillón de dos brazos y le conectaba los electrodos del registro a los dedos de la mano que no utilizaría para dibujar. Luego, encendía el polígrafo. . .Estaba yo tan absorto en la recopilación de los datos que no me di cuenta de la situación tan fantástica de tensión que había creado para los sujetos, quienes probablemente pensaban que recibirían un choque eléctrico durante el periodo experimental. Con razón se veían terribles los dibujos.

También existen otros factores ambientales más generales que pueden influir en los resultados de las pruebas. Webb (1971), por ejemplo, encontró que las puntuaciones escalares del MMPI de los clientes urbanos tendían a ser más altas que las de los clientes que vivían en regiones rurales.

El argumento acerca de que algunos clientes tienden a responder de una manera particular a todos los reactivos sin importar su contenido sugiere otra fuente de distorsión de los datos de las pruebas. Esta tendencia se denomina *conjunto* de respuestas (por ejemplo, Cronbach, 1946), *estilo* de respuestas (por ejemplo, Jackson y Messick, 1958), *inclinación* de las respuestas (por ejemplo, Berg, 1955). Se considera que algunos clientes manifiestan respuestas de *expectativa social,* que encierran una tendencia para apoyar o responder afirmativamente a las oraciones o descripciones de su persona que son aprobadas y aceptadas socialmente. También se ha sospechado que algunos clientes tienen estilos *condescendientes* de respuesta (por ejemplo, Jackson y Messicks, 1961) por medio de los cuales tienden a estar de acuerdo o apoyar casi cualquier reactivo que describa su persona. Asimismo, se ha postulado la existencia de estilos defensivos, desviados y exageradamente comunicativos de intimidades.

La fuerza y la importancia de los estilos de respuestas como factores que desempeñan una función importante en la determinación de los datos de las pruebas son temas muy controversiales (véase Rorer, 1965; Wiggins, 1973) y tampoco se ha demostrado de una manera contundente si las tendencias en las respuestas re-

presentan determinadas características estables de los clientes (Edwards, 1970) o patrones temporales de la conducta que dictan las circunstancias en las que se aplica la prueba (Mischel, 1968). De cualquier manera, no se debe ignorar al cliente y sus puntos de vista particulares cuando se evalúan los resultados de una o varias pruebas.

Existen otras variables del cliente que también pueden determinar de una manera importante la calidad de los datos de las pruebas. Si se aplicara una prueba de adultos que incluyera reactivos como "¿Cuál es el producto nacional bruto actual?" o "Describa su autoconcepto" a un niño de dos años, el valor de la prueba disminuiría seriamente. De una manera semejante, los clientes que provienen de un ambiente cultural y físico que no los familiariza con los conceptos y vocabulario de la clase media norteamericana de raza caucásica, a menudo obtienen un rendimiento bajo en las pruebas psicológicas que reflejan esas ideas y términos (por ejemplo, Eells, Davis, Havighurst, Herrick y Tyler, 1951). Mientras que en algunos casos ésta no parece ser una fuente para la distorsión o prejuicio de los resultados (por ejemplo, el SAT; Anastasi, 1976), la influencia del ambiente personal sobre los puntajes en las pruebas de inteligencia se ha vuelto un asunto de gran interés, en especial para los grupos minoritarios de nuestra cultura que tienen una cultura distinta o desventajosa.

Una aproximación a este problema ha sido la utilización de instrumentos dirigidos a determinadas culturas tales como el "Black Intelligence Test of Cultural Homogeneity" (BITCH: Williams, 1972) (Prueba de inteligencia de homogeneización cultural para la raza negra) con aquellas personas que se cree que son discriminadas en las pruebas habituales, pero esta medida simplemente pone el prejuicio cultural en otro lado. Otra aproximación implica la construcción de las pruebas de inteligencia que las experiencias específicas de una cultura o la presencia de habilidades verbales particulares no influyen de una manera importante. Otros instrumentos que se elaboraron para que se puedan aplicar a través de culturas determinadas incluyen el "Leiter International Performance Scale" (Leiter, 1936) (Escala internacional de ejecución de Leiter); el "Culture Fair Intelligence Test (Catell, 1940) (Prueba de inteligencia que toma en cuenta la cultura); y la Prueba de Matrices Progresivas de Raven (Penrose y Raven, 1936). Como ya se mencionó previamente, algunas de las pruebas iniciales de dibujos (por ejemplo, la Prueba de Goodenough, Dibuje un Hombre) originalmente se elaboraron con el propósito de medir la inteligencia de una manera no verbal y culturalmente neutra. Por desgracia, se han enfriado las esperanzas de obtener pruebas de inteligencia que fueran aplicables a todas las culturas, ya que la investigación ha demostrado que los factores ambientales o culturales afectan los resultados de las pruebas elaboradas con estos fines de igual manera y en algunos casos hasta en una mayor medida que los instrumentos acostumbrados (consúltese Anastasi, 1976 para una revisión y Bernardoni, 1964 para obtener una parodia de las mediciones transculturales).

Los expertos de la psicometría no se sorprenden con los hallazgos anteriores y sostienen que, en lugar de que se ignoren las pruebas de C.I. o se intente *eliminar* su prejuicio cultural o subcultural, los examinadores deben *analizar* la ejecución diferencial de determinados grupos con el fin de identificar las deficiencias

específicas y motivar la creación de los programas correctivos. Anastasi (1968, pp. 558-559) resume esto de una manera concisa:

> Las pruebas no pueden compensar las privaciones culturales eliminando los efectos de estas carencias de sus puntajes. Por lo contrario, las pruebas deben descubrir estos efectos, de tal manera que se puedan tomar las medidas adecuadas para remediar estas situaciones. El rechazo de las pruebas o los intentos por crear nuevas pruebas que sean insensibles a los efectos de las desventajas culturales simplemente los encubren y retrasan el progreso hacia la solución auténtica de los problemas sociales. Estas reacciones equivalen al acto de romper un termómetro debido a que registra una temperatura de 40.

Los evaluadores del aprendizaje social y de otras corrientes ofrecen una sugerencia relacionada para reducir los efectos culturales irrelevantes: Cuando se desean obtener predicciones específicas (por ejemplo, acerca de la ejecución académica u ocupacional), se deben utilizar instrumentos que muestren de la manera más directa posible las conductas y habilidades particulares que interesan. Cuando esto se hace, se reduce enormemente la oportunidad de que las características extrañas distorsionen la ejecución.

Los ejemplos de las fuentes potenciales que alteran los puntajes de las pruebas que se han analizado aquí apenas rozan la superficie del problema. Los lectores que se interesen en un estudio más a fondo de este tema deben consultar las obras de autores como: Anastasi (1976), Handler (1974), Hoch (1971), Masling (1960, 1966), Murstein (1965), Palmer (1970), Peterson (1968a), Sarason (1954), Sattler y Theye (1967), y Sundberg (1977).

Abuso de las pruebas Como otros procedimientos de evaluación, las pruebas implican la introducción del clínico en la intimidad de los pensamientos y conductas manifiestas del cliente. Hasta qué punto esto es apropiado, deseable o hasta legal es un asunto que en la actualidad produce debates y litigios intensos. Muchos observadores sostienen que existe una cantidad exagerada de pruebas, aplicación de pruebas y acumulación de la información de las pruebas en los bancos de datos y en otros lugares. También discuten que una gran cantidad de estas pruebas y datos de las pruebas es irrelevante, imprecisa y utilizada o interpretada de una manera errónea con mucha facilidad (y a menudo en perjuicio del cliente) por las personas que tienen acceso legítimo o ilegítimo a ellas. Un caso que proporciona un ejemplo excelente de lo anterior es la dependencia exagerada por parte de los consumidores (y el público en general) de los datos de las pruebas.

Durante la mitad de la década de 1960, las dos divisiones del Congreso (norteamericano) efectuaron una serie de análisis críticos acerca de las pruebas psicológicas, en especial con aquellas que se relacionaban con la selección de los sujetos en ambientes educativos y vocacionales. Tanto los críticos serios y conocedores de las pruebas así como la publicación de varios libros escritos por autores que no eran expertos sobre el tema y que tenían títulos sensacionalistas como *"The Brain Watchers"* (Gross, 1962) *(Los observadores del cerebro), "The tyranny of Testing" (Hoffman, 1962) (La tiranía de las pruebas), y "They've Got Your Number"* (Wernick, 1956) *(Ya tienen tu número).* El Senador Sam Ervin (tan famoso

por el caso de Watergate) declaró: "Hemos recibido quejas abundantes acerca de que las preguntas contenidas en. . . los inventarios de personalidad relacionadas con el sexo, la religión, las relaciones familiares y muchos otros aspectos personales de. . . la vida constituyen una invasión no justificada de la vida privada (Ervin, 1965, p. 880).

Muchos de los integrantes del comité investigador se encendieron al enterarse sobre algunos de los aspectos del contenido y la calidad de las pruebas. En particular, la presencia de algunos reactivos aparentemente ridículos o exageradamente Íntimos pero útiles en determinadas pruebas construidas de una manera empírica como el MMPI funcionaron como pararrayos de la furia del Congreso. El representante Rosenthal del Comité especial de la división del Congreso sobre la invasión de la vida privada dijo fulminantemente: "Les diré algo importante. Estoy tan impresionado que si la División aún estuviera sesionando en este momento, y creo que no lo está, estoy preparado para presentar un referendo el lunes que prohiba que cualquier agencia federal, bajo cualquier circunstancia, en cualquier lugar aplique pruebas psicológicas, y que se establezca como crimen federal que cualquier funcionario federal las aplique" (citado *en American Psychologist,* Noviembre, 1965, p. 982).

El interés cada vez mayor sobre la invasión de la vida privada y otros aspectos semejantes se ha denominado "la revolución en contra de las pruebas" (Anastasi, 1968) y ha producido o reafirmado las retricciones sobre ciertos tipos de pruebas y las aplicaciones en determinados ambientes. Por ejemplo, se han eliminado las pruebas de la personalidad de los procedimientos rutinarios para la selección del personal federal, y han desaparecido o se han restringido las pruebas de C.I. en las escuelas de San Francisco y de la ciudad de Nueva York (Bersoff, 1973). En un caso extremo en Texas, el comité directivo de un distrito académico ordenó que se quemaran los resultados de las pruebas (Nettler, 1959).

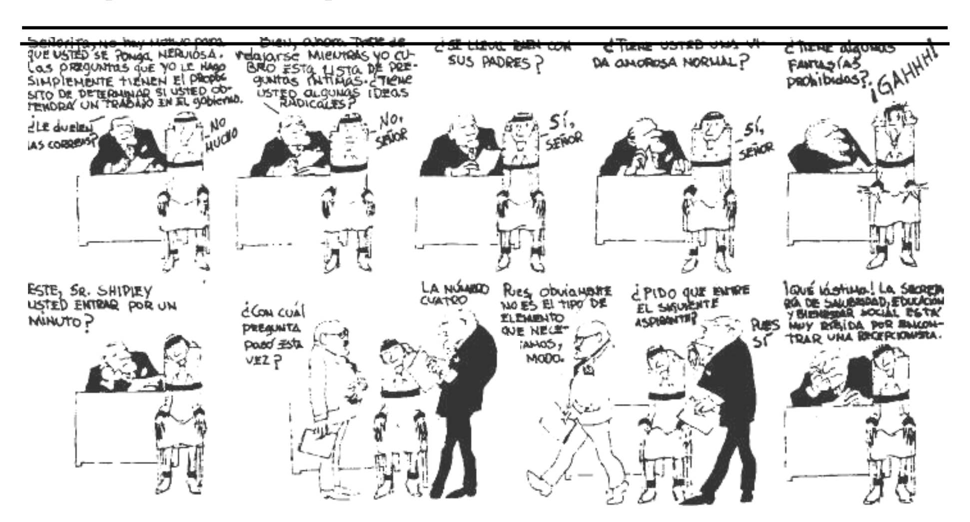
Como se observó anteriormente, el APA ha mostrado sensibilidad en estos asuntos y ha urgido de manera oficial que sus integrantes reduzcan la posibilidad del abuso en el campo de la aplicación de las pruebas al apegarse a sus *Normas para las pruebas y manuales psicológicos educativos.* La existencia de estas normas implica el argumento a favor de las pruebas que consiste en afirmar que cuando las pruebas psicológicas se desarrollan, evalúan, administran, interpretan, comunican y publican con el respeto debido a los principios científicos y los derechos y el beneficio de los clientes, las pruebas psicológicas pueden proporcionar una contribución positiva a la sociedad. Para obtener una información mayor sobre este conjunto de temas tan delicados, consúltese a Cronbach (1975), Berdie (1965) y "Testing and Public Policy" (La Aplicación de las pruebas y las políticas públicas), una edición especial de *The American Psychologist* (1965).

Aplicaciones de las pruebas en la actualidad Cualquiera podría anticipar que la gran cantidad de problemas que se asocian con la aplicación de las pruebas tendría un efecto devastador sobre la utilización de las pruebas por parte de los clínicos, en especial las que implican la evaluación de la personalidad. Pero la realidad es que, como se mencionó previamente, la aplicación de las pruebas aún si-

gue siendo una empresa activa en Estados Unidos, y los psicólogos clínicos en los ambientes de servicio directo no dan señales de que vayan a abandonar ni siquiera sus instrumentos que no están razonablemente validados (Lubin, Wallis y Paine, 1971; Reynold, 1979: Wade y Baker, 1977). ¿A qué se debe esto?

Uno de los motivos es que como seres humanos comunes y corrientes, los psicólogos clínicos desarrollan ciertos hábitos que son difíciles de cambiar. A menudo el entrenamiento especializado tiende a establecer para el psicólogo clínico determinados patrones que perduran durante toda una carrera y que consisten en prácticas de evaluación con grandes matices emocionales. En otras palabras, es posible que los clínicos hagan lo que se les enseñó a hacer y que después lo continúen haciendo porque es lo que siempre han hecho.

Desde luego, estos hábitos no se basan completamente en el apego ciego. Muchos clínicos realizan lecturas y prestan atención a los datos que se publican sobre sus pruebas de manera selectiva. Con respecto a los datos que evalúan al Rorschach, por ejemplo, Korchin (1976, p. 240) señala que "sin esfuerzo alguno, cualquier persona puede proporcionar resultados que comprueban o rechazan sus atributos adjudicados". Además, es posible que los hallazgos negativos de la *investigación* acerca de una prueba pueden ser vistos como irrelevantes o al menos no tan centrales para el empleo *clínico* de la prueba: "Los índices de validez que se aplican. .. solamente son pautas en bruto, ya que el psicólogo debe formar sus propios juicios de la validez clínica y el significado de los resultados en cada caso particular" (Tallent, 1976, p. 14). En algunas ocasiones, hasta se reconsidera la evidencia negativa para percibirla como un apoyo positivo de la prueba. Después que reconoció los efectos de los factores situacionales sobre las respuestas del TAT, por ejemplo, Korchin (1976, p. 247) argumentó que "el hecho de que el TAT haya cambiado sensiblemente cuando los sujetos estaban excitados demuestra que la prueba tiene la facultad de captar los cambios de estados *así como* las disposiciones permanentes de la personalidad."



Caricatura 6-1 (© de *Mes Feiffer. Reproducida con permiso).*

También se debe reconocer que algunos clínicos, por razones que aún no se comprenden de manera clara, pueden formular inferencias con un alto grado de precisión a partir de los datos de las pruebas. Casi cada practicante conoce por lo menos a un "experto" del MMPI, TAT o Rorschach cuya reputación eleva la confianza general en las pruebas. Por último, la utilización hasta de las pruebas que tienen menor apoyo científico por parte de la mayoría de los psicólogos clínicos de vez en cuando se ve reforzada por el hecho ocasional (y a veces frecuente) de que se deriven inferencias extraordinariamente precisas o iluminadoras con base en los datos de las pruebas.

Cuando se suman estos factores a la perspectiva tradicional de los psicólogos clínicos como expertos en la aplicación de pruebas, la exigencia social de los servicios de la aplicación de pruebas, y la ausencia relativa de otros instrumentos de evaluación que se puedan emplear de una manera tan rápida y fácil, la popularidad que persiste en la aplicación de las pruebas no es tan misteriosa. Amrine (1965, p. 859) lo expresa de esta manera: "Tanto los de la derecha como los de la izquierda, los que están dentro de la Psicología como los que están fuera de ella.. . atacan las pruebas y a las personas que las aplican. Mientras tanto, aumenta la venta y el uso de las pruebas debido a que para los miles que utilizan las pruebas psicológicas, aún como están elaboradas en la actualidad, éstas son una mejor opción que no utilizarlas por completo. "Por lo tanto, a pesar de que parece muy probable que se establezcan normas más estrictas y un mayor número de limitaciones sobre la utilización de las pruebas en muchas áreas, la aplicación de las pruebas en la psicología clínica es una actividad que perdurará por un tiempo largo (véase Petzelt y Graddick, 1978).

Capítulo 7

La observación en la Psicología clínica

La observación del comportamiento de las demás personas es el aspecto más fundamental de la evaluación interpersonal tanto para los clínicos como para las personas que no son clínicos. Como se notó en el Capítulo 4, todos basamos muchísimos de nuestros juicios sociales en la evaluación informal cuya parte principal depende de la apariencia y las acciones de los demás. De hecho, la noción, "hasta no ver no creer" a menudo nos instiga a darle especial importancia a observar lo que la gente *hace* en oposición a lo que ellos (o los demás) *dicen* que hacen. Una sola clase con un maestro que tiene una voz que zumba monótonamente puede hacer que algunos alumnos se den de baja en la materia, sin importar lo interesante que digan que es la clase, y observar a un "borracho del pueblo" que no hace daño al caminar mareado por una banqueta a menudo provoca que otros peatones menos intoxicados se crucen de manera precavida a la banqueta contraria. Hasta se rumorea que las personas que buscan algún compañero a través de los servicios computarizados para hacer citas no confían plenamente en la entrevista o los datos de las pruebas en los que se basan por lo general los arreglos de las citas e insisten que se les permita observar a su posible compañero en una cinta de "video" o en alguna otra manera antes de que se comprometan en tener un encuentro con la persona. Los psicólogos clínicos también recopilan y analizan los datos obtenidos por observación en el contexto de sus actividades de evaluación. De una manera formal, un autor describió esto como "la selección, provocación, registro y codi-

ficación del conjunto de conductas y ambientes que implican a los organismos 'in si tu' [en el lugar donde se llevan a cabo las acciones] y que concuerda con los objetivos empíricos" (Weick, 1968, p. 360). Sundberg y Tyler (1962) lo expresan en términos más simples: "Obsérvalos." Los motivos por los cuales el enfoque de "obsérvalos" es atractivo son bastante claros. Esta aproximación proporciona un vistazo directo y de primera mano de las conductas que tienen un interés clínico y, en el proceso, proporciona una fuente abundante de pistas acerca de las causas de esas conductas (Goldfried, 1976). La razón particular por la cual se elige una evaluación informal varía de un caso a otro y de acuerdo con el proyecto de investigación, pero, por lo general, la meta consiste en (1) recopilar la información que no se puede obtener de ninguna otra manera, o (2) complementar otros tipos de datos como una parte de un enfoque de evaluación múltiple.

Por ejemplo, considérese la situación en la que una maestra y un alumno "problema" dan informes bastante diferentes pero igualmente sinceros acerca del motivo por el cual no se pueden relacionar bien: "Él es una calamidad"; "Ella es cruel," Las observaciones de las interacciones importantes en el salón de clase por parte de agentes neutrales puede proporcionar un panorama más claro y menos tendencioso. En otras ocasiones, el conocimiento acerca de lo que una persona es capaz de hacer y de hecho hace en una determinada situación es tan importante que solamente las observaciones son suficientes. Como se vio en el Capítulo 6, la selección de las personas que tienen una mayor capacidad para ejecutar ciertas actividades vocacionales o militares debe basarse en una habilidad que la persona haya demostrado en una tarea relacionada con el trabajo, debido a que lo que la persona *dice* que puede o sería capaz de hacer no siempre es lo que más importa. De una manera semejante, el conocimiento acerca de que un paciente mental "se siente mejor" y quiere darse de baja del hospital psiquiátrico es menos valioso que la observación de la habilidad de la persona para retener un empleo, utilizar el sistema de transporte, comprar su provisión, y cumplir con otras de las exigencias y responsabilidades de la vida diaria.

Como un suplemento a los otros métodos de recopilación de datos, la observación puede ampliar y elaborar el panorama total de la evaluación y, a su vez, conducir a una comprensión más completa del cliente. Esto es particularmente cierto en los casos en que se descubren discrepancias o semejanzas entre los diferentes métodos. Por ejemplo, las observaciones pueden demostrar que "un fanático religioso" arrestado por la policía debido a que molestaba a la gente en la calle hablando "cosas locas" da unos sermones excelentes en la capilla del hospital. El reconocimiento acerca de que esta persona es capaz de manifestar una conducta apropiada en ciertas circunstancias puede ayudar enormemente a que el personal del hospital tenga una mejor concepción de sus problemas. De una manera semejante, los informes de los observadores acerca de una persona que afirma que ya dejó de fumar enciende o no enciende cigarrillos en su presencia pueden proporcionar información valiosa al clínico o al investigador que está interesado en evaluar un programa contra el tabaquismo.

Se ha visto que, aun cuando aplique pruebas o conduzca las entrevistas, el clínico astuto también recopila datos observacionales acerca de la manera cómo

el cliente maneja la situación de la evaluación. Sin embargo, la importancia que se le otorga a la información observacional y a la manera cómo se utiliza en una estrategia general de evaluación varía considerablemente entre los diferentes clínicos. Algunos únicamente consideran que la conducta manifiesta del cliente proporciona pistas suplementarias de los rasgos y dinámica de la personalidad que las pruebas u otras entrevistas delatarán de una manera más completa. Para otros clínicos, la conducta observable desempeña una función más importante al orientar las interferencias acerca de la personalidad o patología subyaciente y hasta se le puede dar tanto peso como a los autorreportes o puntajes en las pruebas. En ambos casos, las observaciones se utilizan como *signos* de los constructos más fundamentales y que no se pueden observar. Como Shaffer y Lazarus (1952) lo expresan: "En la situación clínica, la conducta superficial que fácilmente se observa por lo común es menos importante que los patrones conductuales y sistemas motivacionales que el clínico no reconoce y debe inferir para que la conducta tenga mayor significado" (p. 70).

Por otra parte, muchos clínicos e investigadores juzgan que los datos observacionales son *muestras* de la conducta y que representan el canal de evaluación más directo, importante y científico del que se dispone. Por lo común, estas personas se adscriben a un modelo del aprendizaje social y utilizan la observación para describir las interacciones entre la(s) persona(s) y la situación en lugar de para formular inferencias acerca de las características subyacentes hipotéticas de los clientes.

En general, cuanta más importancia atribuyan los clínicos a los datos observacionales, es más probable que sean bastante sistemáticos en la recopilación y análisis de estos datos. En un extremo del espectro se encuentran las narraciones relativamente informales, anecdóticas y retrospectivas de la conducta del cliente. Estas observaciones "sin organización" (Wallen, 1956) son un tipo de producto colateral de las demás actividades de evaluación. Un ejemplo claro lo proporciona el siguiente fragmento de un informe escrito después de la aplicación del Stanford-Binet a un niño de 12 años:

> Las dificultades principales de Juan residieron en las pruebas que requieren operaciones precisas como la utilización de números. En este tipo de pruebas a menudo estaba inseguro y parecía confundido, con algunas lagunas de memoria y errores en los cálculos sencillos. Pedía que se le repitieran las instrucciones, manifestaba dependencia del examinador, y se desalentaba fácilmente. A pesar de que estaba dispuesto a cooperar y hasta ansioso por tener un buen rendimiento, le era extremadamente difícil dominar una tarea (como "dígitos") en la que se requería que diera una respuesta exacta de acuerdo con unos parámetros fijos. (Jones, 1943, p.91)

Las entrevistas proporcionan la oportunidad de llevar a cabo algunas observaciones semejantes pero menos estructuradas. Desde la época de Freud, las entrevistas han desempeñado una función notable en la evolución de las teorías psicológicas monumentales así como en las decisiones diarias acerca de cada uno de los clientes.

Los clínicos que dan una mayor importancia a las acciones manifiestas han mejorado las observaciones informales por lo menos en dos formas. En primer lugar, han desarrollado numerosos métodos para observar y cuantificar la conducta de una manera más adecuada y sistemática. En segundo lugar, han de-

mostrado que es factible recopilar los datos observacionales de otras maneras diferentes a las entrevistas o pruebas y han refinado los procedimientos que ello implica. Estas dos iniciativas han permitido que los clínicos e investigadores observen de una manera científica una amplia variedad de conductas humanas en una multitud de ambientes. En este capítulo, se describirán y examinarán algunos de los sistemas y técnicas observacionales que en la actualidad existen y se utilizan.

Algunas anotaciones históricas

La conducta manifiesta existió antes que el lenguaje, de tal manera que probablemente sea acertado afirmar que la observación del comportamiento precedió a la entrevista como una fuente de los datos para la evaluación humana. Es probable que una persona de la prehistoria haya podido juzgar de una manera bastante rápida las intenciones o tendencias de las otras personas prehistóricas con base en sus acciones (por ejemplo, un ofrecimiento de comida; un palo elevado en la mano), y la importancia de la observación no disminuyó a medida que se desarrolló el lenguaje. En las antiguas civilizaciones griega y china se sugirió que se podían extraer conclusiones acerca de las personas estudiando sus características físicas y conductuales. En el mundo occidental, la práctica que consistía en la interpretación de los rasgos físicos y la conducta se denominó *fisionomía o fisionó/nica* (McReynolds, 1975) y, como se vio en el Capítulo 2, finalmente conllevó a los sistemas de clasificación de Gall, Lombroso, Kretschmer y Sheldon. Es importante recordar que la fisionomía también incluía la observación conductual. Hornero proporciona un ejemplo literario temprano de lo anterior en su *I liada:*

> No hay otra cosa mejor que una revuelta para poder esclarecer el mérito de un hombre y separar a los valientes de los cobardes. Un cobarde constantemente cambia de color; debido a su nerviosismo no puede permanecer sentado sin moverse, sino que por lo contrario, descansa primero sobre su talón y luego sobre el otro; su corazón late enérgicamente en su pecho cuando piensa sobre la muerte en todas sus formas, y uno puede escuchar el temblor de sus dientes. Pero al hombre valiente nunca le cambia el color y no se perturba indebidamente desde el momento en que toma su posición en la emboscada con todos los demás. (Traducción de Rieu, 1950; citado en McReynolds, 1975, p. 488).

Posteriormente, las obras de Pitágoras, Hipócrates, Platón, Aristóteles y Galeno elaboraron el tema de la relación entre la conducta manifiesta y las características de la personalidad. En un tratado del siglo ix a. de C, atribuido a Aristóteles, por ejemplo, se sugiere que "los movimientos perezosos denotan una disposición tranquila, mientras que los rápidos demuestran una ferviente. . . la voz gruesa y profunda denota valentía, cuando es aguda y sin resonancia significa cobardía" (citado por McReynolds, 1975, p. 492).

Hasta la Biblia contiene referencias sobre las actividades de evaluación por medio de la observación conductual. Para poder ayudar Gedeón a derrotar a los madianitas con la menor cantidad de fuerza posible, Dios le indica cómo puede identificar a los soldados más capaces.

> Ahora pues, haz llegar esto a oídos del pueblo: el que tenga miedo y tiemble que se vuelva y salga temprano del Monte Gilead. Veinte y dos mil hombres de la tropa se volvieron y quedaron diez mil. El Señor dijo a Gedeón: Todavía es demasiada la gente; hazles bajar al agua y ahí te los pondré a prueba. . . Gedeón hizo bajar la gente al agua y el Señor le dijo: A todos los que lamieren el agua con la lengua. . . los pondrás a un lado; y a todos los que se arrodillen para beber los pondrás al otro. El número de los que lamieron el agua llevando la mano a su boca, resultó ser de trescientos; pero todo el resto del pueblo se habia arrodillado para beber. Entonces el Señor dijo a Gedeón: Con los trescientos hombres que han lamido el agua os salvaré, y entregaré a los madianitas en tus manos. . . (Jueces 7:2-7)

Es obvio que los mejores soldados serán aquellos que se mantengan alertas al peligro, aun cuando estén bebiendo.

McReynolds (1975) describe la manera cómo se mantuvo la costumbre de evaluar por medio de la observación en las obras clásicas y en la literatura de autores como Francis Bacon (1605), Thomas Wright (1601), John Buler (1644), Marín de la Chambre (1650) y Christian Thomasius (1691); cada uno de éstos vio algún significado psicológico en los patrones del habla, movimientos corporales, expresiones faciales, ademanes u otras señales manifiestas. Por lo tanto, hace varios siglos se cimentaron los fundamentos de lo que ahora se llama evaluación observacional, análisis del contenido del habla, análisis de gestos y movimientos e investigación sobre la relación entre las expresiones faciales y las emociones. Como las pruebas y la entrevista, la observación clínica es una presentación moderna de una tradición antigua, una parte de lo que McReynolds (1975) llama el "pasado vivo".

ENFOQUES DE LA OBSERVACIÓN CLÍNICA

Al iniciar este capítulo, se citó la definición de Weik (1968) de los métodos observacionales como "la *selección, provocación, registro* y *codificación* de. . . las conductas" (las letras cursivas se añadieron). Esta definición es excelente debido a que pone de relieve los elementos fundamentales de casi todos los tipos de sistemas de observación. El observador clínico primero debe *seleccionar* a aquellas personas, categorías de conductas, sucesos, situaciones, o periodos de tiempo que serán el foco de atención. En segundo lugar, se debe tomar una decisión acerca de si se *provocarán* (es decir, causar artificialmente) las conductas y situaciones que interesan o si simplemente se esperará a que sucedan de una manera natural. En tercer lugar, se debe planear la manera cómo se *registrarán* las observaciones: las posibles elecciones incluyen el recuerdo del observador, aparatos para grabar sonidos o imágenes, sistemas fisiológicos de monitoreo, cronómetros y contadores. Por último, se debe desarrollar un sistema para la codificación de las observaciones en bruto, de tal manera que éstas se puedan manejar fácilmente. Una hoja grande de papel llena de anotaciones que representan los movimientos corporales de un cliente o una grabación de la discusión entre una pareja casada casi no sirven a menos que la información que contienen se traduzca a dimensiones que se pueden utilizar e interpretar tales como "frecuencia de movimientos particulares por minuto" o "porcentaje del tiempo que

se ocupa en hacer comentarios negativos". Es probable que este aspecto sea el más difícil y exigente en un sentido técnico de cualquier procedimiento de observación.

A pesar de que cada empresa de observación debe resolver el mismo conjunto de problemas acerca de la selección de metas, modalidad de operación, técnica de registro, y sistema de codificación, las decisiones que toma cada clínico o investigador rara vez son iguales a las de los otros. Las diferentes metas de evaluación, las poblaciones particulares de clientes, las limitaciones ambientales particulares, y otros factores se combinan para producir una amplia variedad de aproximaciones a la observación clínica.

La manera más clara para organizar esta variedad es en términos de las *situaciones* ("settings") que se emplean en la observación. En un extremo se encuentra la observación *naturalista;* en ésta el evaluador observa la manera cómo ocurre la conducta en su contexto más natural (por ejemplo, en una casa, escuela, fábrica, o patio de recreo). La observación *controlada* o *experimental* (Peterson, 1968a; Wiggins, 1975) se encuentra en el otro extremo. En este caso, el clínico o experimentador prepara algún tipo de situación especial en la que se observe el comportamiento. A menudo se mezclan ciertos aspectos de cada una de estas aproximaciones clásicas para cumplir con algunas de las necesidades de evaluación, y existen muchas versiones o subdivisiones tanto de la observación naturalista como controlada (véase la Tabla 7-1). Una de las maneras más importantes en las que difieren estas variantes es en términos del papel que desempeña el observador (Wiggins, 1973). Los observadores *participantes* son visibles para los clientes que se observan y algunos casos hasta pueden interactuar con ellos. Los observadores *no participantes* no son visibles, a pesar de que en la mayoría de los casos, los clientes están conscientes de que se está efectuando la observación. Como se mencionó anteriormente, otras de las dimensiones importantes de la observación incluye las características del sistema de registro (humano, mecánico o de ambos tipos) y una decisión acerca de si emplearán los datos como signos o como muestras.

Con el fin de presentar un panorama que de manera razonable sea completo (aunque desde luego no agote todos los aspectos) de la "bandeja surtida" de las teorías de la observación clínica, se describirán varios sistemas de observación natural y controlada que se centran en diferentes tipos de conductas. Los ejemplos que se eligieron ejemplificarán la utilización de (1) los observadores participantes y no participantes, (2) los procedimientos de registro humanos, mecánicos y combinados, y (3) los sistemas de codificación formales e informales que manejan el comportamiento como muestras y signos. Se puede encontrar una revisión más comprensiva y detallada de este material en Ciminero, Calhoun y Adams (1976), Cone y Hawkins (1977), Goldfried (1976), Haynes (1978), Hersen y Bellack (1976), Keefe, Kopel y Gordon (1978), Mash y Terdal (1976), Nay (1979), Sundberg (1977) y Wiggins (1973).

Observación naturalista

La observación de la conducta espontánea de un cliente en un ambiente natural como su casa, escuela o trabajo tiene algunas ventajas obvias. Una de éstas es que

Tabla 7-1 Panorama de los sistemas observacionales

Ambiente:	Naturalista											
Papel de observador:	Participante						No participante					
Sistema de registro:	Humano		Mecánico		Ambos		Humano		Mecánico		Ambos	
Sistema de codificación	signo	muestra	signo	muestra	signo	muestra	signo	muestra	signo	muestra	signo	muestra

Ambiente:	Controlado											
Papel del observador:	Participante						No participante					
Sistema de registro:	Humano		Mecánico		Ambos		Humano		Mecánico		Ambos	
Sistema de codificación:	signo	muestra	signo	muestra	signo	muestra	signo	muestra	signo	muestra	signo	muestra

la observación es realista. Las personas, situaciones y eventos que están implicados proporcionan el marco de referencia para la observación que obviamente es importante para la comprensión de la naturaleza de la conducta del cliente y los factores que parecen que instigan, mantienen, o alteran esa conducta. Además, la observación naturalista se puede llevar a cabo de una manera sutil que proporcione una perspectiva muy precisa de la conducta sin que ésta se impregne por un exceso de autoconsciencia o intento por causar una determinada imagen por parte del cliente. Debido a que el ambiente natural siempre está presente, existe la importante posibilidad de conducir observaciones a largo plazo y hasta continuas que serían difíciles o imposibles de llevar a cabo en un laboratorio u otro ambiente controlado.

El ejemplo clásico de la observación naturalista es el estudio antropológico de campo en el que un científico literalmente se incorpora a una tribu, subcultura, u otra unidad social que le interesa con el fin de observar sus características y la conducta de los individuos que pertenecen a ese grupo (por ejemplo, Mead, 1928; Williams, 1967). En este tipo de observación, el observador es un participante en todo el sentido de la palabra, y las observaciones por lo común se registran de una manera informal con apuntes anecdóticos que posteriormente se presentan como un relato detallado y organizado que se denomina *etnografía* (por ejemplo, Barnett, 1960).

En la Psicología, Festinger, Riecken y Schachter (1956) realizaron una de las aproximaciones más cercanas a este tipo de observación naturalista, cuando sin identificar su ocupación, se incorporaron a un grupo de personas que creían firmemente que se acercaba el fin del mundo. Su informe *"When Prophesy Fails" (Cuando fracasa la profecía),* ofrece la observación "desde adentro" de los procesos sociales que ocurren cuando no se confirman las creencias importantes.

La obra de Roger G. Barker proporciona otro ejemplo de la observación naturalista inmediata llevada a cabo con una intensidad casi de la magnitud de la investigación antropológica. En un esfuerzo por comprender la ecología de la conducta humana, Barker y sus colegas intentaron observar y retener todo lo que les era posible de la riqueza, variedad y detalles de las interacciones del comportamiento con su ambiente. Para esto condujeron observaciones partícipes (del tipo "participante"), pero sin interactuar con los sujetos, del comportamiento continuo de unos niños que realizaban las actividades cotidianas normales de la mañana a la noche en el pueblo donde residían los niños (Barker, Schoggen y Barker, 1955); Barker y Wright, 1951, 1955). No se hizo ningún intento por seleccionar determinadas conductas, situaciones o eventos o prestarles una atención especial. Las observaciones se registraron en cuadernos en la forma de "registros diarios" (véase el Cuadro 7-1) y posteriormente se codificaron como "episodios conductuales" (véase la Figura 7-1). Cuando los episodios implicaban a otra persona, se codificaron con una orientación hacia la interpretación de las conductas como signos que representaban "crianza", "resistencia", "gusto", "sumisión", "agresión", "evitación" y otras categorías parecidas. Al leer el Cuadro 7-1, se nota la cantidad de las inferencias por parte de los observadores que estaban implicados en las narraciones (por ejemplo, "Me observó por un periodo corto *como si le intrigara ¡o que yo estaba pensando").*

Estos procedimientos generaron una cantidad impresionante de datos. Una niña de ocho años, por ejemplo, en el transcurso de un solo día tuvo 969 episodios conductuales que implicaron 571 objetos. El grupo Barker estaba consciente de que esta aproximación ecológica a gran escala produce una cantidad excesiva de información (aun después de la actividad de codificación) y que no permitía la presentación de un informe que fuera más corto que la extensión de un libro y recomendaron varias opciones prácticas, como efectuar observaciones periódicas en lugar de continuas. El reconocimiento acerca de que las "cantidades voluminosas de datos confiables que no se pueden resumir son tan inútiles como los datos que no son confiables" (Mash y Terdal, 1976, p. 269) hace que los evaluadores recopilen sus datos de observación de una manera intermitente o que se centren principalmente en aquellos aspectos de la conducta y la interacción de la conducta y el ambiente que tengan una importancia teórica o práctica especial.

Cuadro 7-1 Segmento de un registro diario

5:39	Raimundo ladeaba la canasta de un extremo a otro de una manera calmada y rítmica. Los pies de Clifford estaban en peligro nuevamente. Stewart se acercó y con gran protección condujo a Clifford para que pudiera salir. [Opinión del observador.]
	Reimundo descendió de una manera muy lenta al suelo dentro de la canasta. Cuando Stewart regreso a la canasta cuévano, Raimundo levantó los brazos y las manos como si lo quisiera alcanzar y gruñó guturalmente, y dijo: "Soy un gran gorila." Gruñó muy ferozmente y golpeó con los pies alrededor de la "cueva" con sus brazos descansando flácidamente a los lados. Los levantaba con movimientos lentos y toscos.
	Raimundo hizo como si alcanzara a Clifford pero en realidad no lo trató de atrapar.
	Luego atrapó a Stewart, jalándole la camisa. Imitando a un gorila muy feroz, jaló a Stewart hacia la canasta. Stewart se mantuvo pasivo y dejó que lo moviera.
	Dijo: "¿Por qué no me sueltas?" Habló con molestia, pero sin menosprecio.
	Raimundo lo soltó y dejó de imitiar a un gorila.
	Ladeó la canasta para que él pudiera gatear para salir por el extremo abierto.
	Mientras se salía gateando, perdió el control de la canasta y se cayó de lado con el extremo abierto ubicado de una manera perpendicular al suelo. Stewart dijo: "Pues, ¿cómo le hiciste para salir?"
	Raimundo dijo de una manera muy preocupada de sí mismo: "Me caí," y se rió de una manera forzada. Se me quedó viendo por un periodo breve como si le intrigara lo que yo pesara.
5:40	Se metió gateando muy lentamente y con gran preocupación a la canasta y lo atravesó hasta el extremo abierto.
	Stewart y Clifford se pusieron en frente de Raimundo y trataron de provocarlo para que los correteara y siguiera actuando como un gorila. Raimundo se quedó parado sin moverse y no cooperó. Finalmente Stewart le dijo a Clifford: "A lo mejor si nos persigue, entonces podremos salimos por este lado. Entonces lo podemos voltear otra vez y atraparlo nuevamente."

Fuente: Barker y Wright, 1951

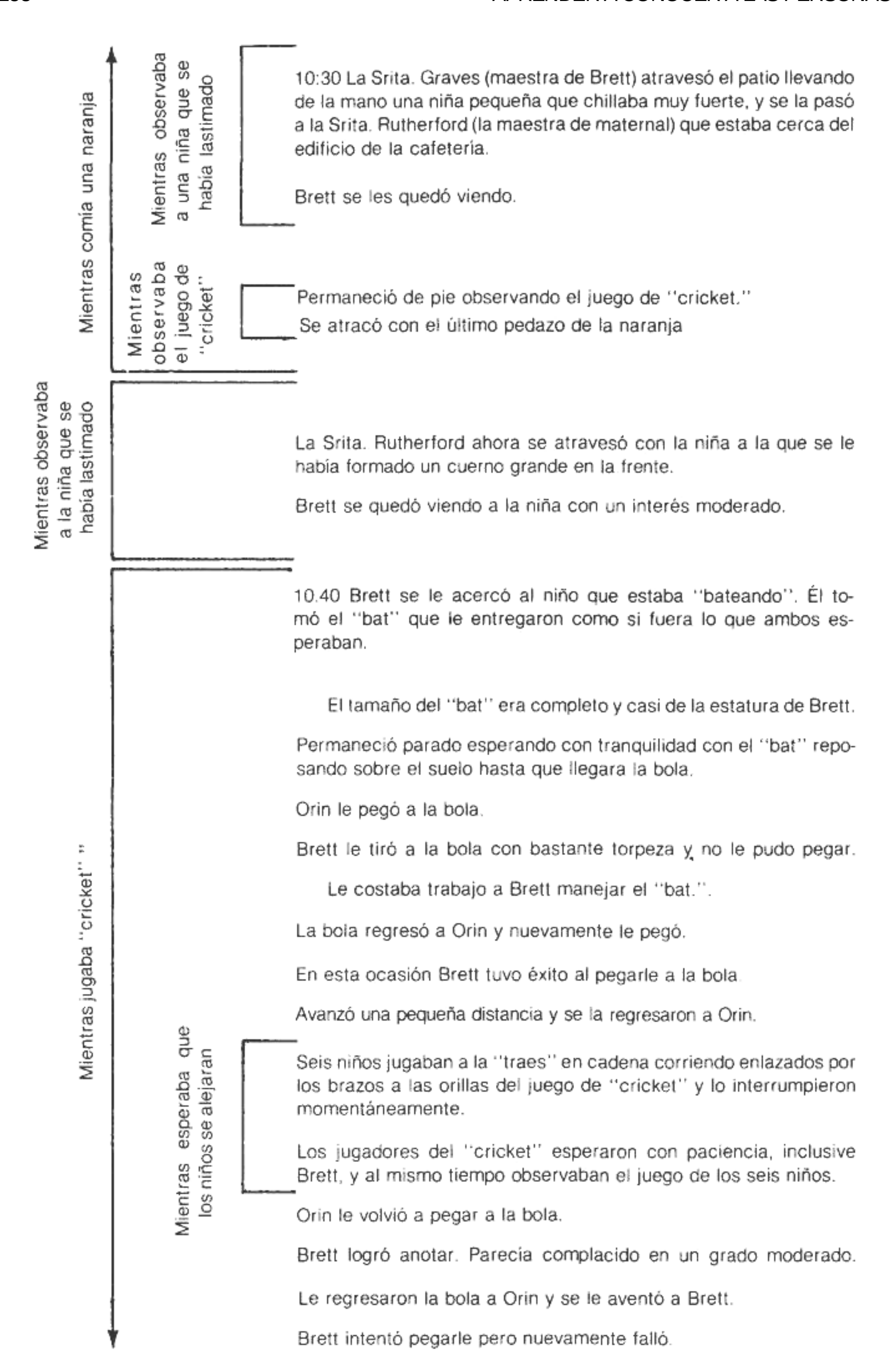


Figura 7—1 Segmento de la observación de la conducta de un niño que se llama Brett en el patio de recreo. (Baker, R.G. La Corriente de la Conducta. © *1963 de Irvington Publishers, Inc. Reimpreso con el permiso del editor.*)

Los psicólogos que se interesan en el desarrollo de los niños, por ejemplo, han elaborado sistemas de observación que se dirigen hacia ciertas categorías específicas de la conducta que se considera que indican determinadas etapas o niveles del funcionamiento físico, cognitivo y social (por ejemplo, Arrington, 1932; Bayley, 1965; Gessell y Amatruda, 1947; Piaget, 1947; Wright, 1960). De una manera semejante, los psicólogos sociales han desarrollado instrumentos observacionales que les ayudan a registrar y codifícar la compleja acción recíproca de las conductas que ocurren en los grupos. El sistema de codificación de las interacciones de Bales (1950) clasifica las respuestas de cada integrante de un grupo pequeño como una representación de las categorías de "desarrollo", "solidaridad, "desahogo de tensiones" y "petición para que se le oriente". En los comercios y la industria, los psicólogos han elaborado métodos tales como la "Técnica de incidentes críticos" (Flanagan, 1954) para observar y registrar aquellas conductas particulares que caracterizan a los obreros efectivos en contraste con los ineficaces.

En algunas ocasiones, las metas de las observaciones naturalistas en la psicología clínica han consistido en el registro de varias conductas que se pueden utilizar para inferir varias características de la personalidad (por ejemplo, Santostefano, 1962) o la inteligencia (por ejemplo, Lambert, Cox y Hartsough, 1970) pero la evaluación de la naturaleza o cambios en los problemas que originaron que el cliente acudiera al clínico es el objetivo principal. Estos problemas incluyen una gran diversidad de conductas desde morderse las uñas y fumar cigarrillos a tener pensamientos recurrentes que molestan, y desde problemas en expresar lo que uno desea hasta interacciones sociales desadaptativas y conductas psicópatas.

Como sus contrapartes que no se relacionan con la psicología clínica (por ejemplo, los sistemas de Barker y Bales), era común que las observaciones clínicas iniciales implicaran la formulación de varios tipos de inferencias a partir del comportamiento. El observador no se limitaba exclusivamente a inferir el significado de la conducta, sino que también decidía qué conductas se reportarían y cuáles se omitirían. Considérese la siguiente observación anecdótica:

> Joan se pasó toda la clase de ciencia divagando de un grupo a otro en lugar de ayudar a Rose como se esperaba. Interrumpía a muchos de los alumnos, al decirles que estaban haciendo mal su trabajo. Hizo muchas preguntas (ridiculas) ("¿El papel filtro hace que ciertas cosas puedan atravesar o no deja que pasen otras?") y los muchachos se burlaron bastante de ella. Cuando Rose ya había terminado regresó a su lugar; Rose estaba bastante enojada, pero se contentaron y Joan la ayudó a que guardara las cosas. (Cronbach, 1960, p. 537).

Este extracto presenta una imagen bastante negativa de Joan, pero solamente comunica una parte de la historia de su conducta y *únicamente desde el punto de vista del observador.* ¿Era "ridicula" su pregunta acerca del papel filtro? ¿Estaba en lo cierto, cuando les dijo a sus compañeros que estaban cometiendo errores? ¿Manifestó algunas conductas positivas que no se describieron? La anécdota no responde a estas preguntas.

Además, la perspectiva de otro observador pudo producir una imagen bastante diferente. El Cuadro 7-2 contiene los puntos de vista de cuatro observadores que vieron la misma película de diez minutos, *Así es Roberto*, en la que se presentaba a un niño en diferentes situaciones del salón de clase y el patio de recreo. Se notan claramente las diferentes impresiones que cada espectador genera. Cronbach (1960, p. 535) resume el problema de una manera adecuada: "Los observadores interpretan lo que ven. Cuando realizan una interpretación, tienden a pasar por alto algunos hechos que no concuerdan con la interpretación, y hasta es posible

Cuadro 7-2 Segmentos de las anotaciones de cuatro observadores sobre la misma película*

Observador A: (2) Roberto lee palabra por palabra y emplea el dedo para guiarse. (4) Observa a la niña en la caja con mucha preocupación. (5) Durante el canto en general no participa muy activamente. Centra su interés en otro lado durante parte del tiempo. Parece que responde más activamente a aquellas partes de la canción que implican acción. Tiene una tendencia hacia el movimiento sin sentido. Sacude los dedos y avienta los brazos en el aire sin dirección.

Observador B: (2) Cuando entró volteó a ver a la cámara (parecía intrigado e interesado). Sonrió a la cámara. (2) Lee (con un interés aparente y con bastante facilidad). (3) Activo en el juego rudo de casa con las niñas. (4) Cuando una niña lo pateó (accidentalmente) él respondió (con mucho enojo). (5) Entre cada periodo de canto, platicó con la niña que estaba junto a él. Participó en el canto. (En algunas ocasiones parecía entusiasmado.) No siempre cantó con los demás. (6) Participó en una disputa sobre el juego con otros niños (parecía que defendía sus derechos. Conducta agresiva con otro niño. Volteó las bolsas de su pantalón cuando platicaba con la muestra u otros alumnos. (7) Se puso el forro de los zapatos sin ayuda de nadie. Se trepó hasta el último peldaño de las escaleras. Trató de ponerse en el peldaño que ocupa otra niña pero como ella no se dejó, se contentó con otro lugar.

Observador C: (1) Le sonríe a la cámara (con curiosidad). Cuando se deshace el grupo, emite movimientos nerviosos, avienta los brazos en el aire. (2) Pone atención a la lección de lectura. Lee con una mirada muy seria, se ve obligado a utilizar el marcador para guiarse. (3) Corretea a las niñas, las molesta. (4) Una niña le da una patada cuando él pone su mano en la pierna de ella. Roberto le hace un gesto. (5) Cantando. Se sienta con la boca abierta, abre y cierra las rodillas, se rasca la pierna, se mete los dedos a la boca (parece que tiene varios hábitos nerviosos, aunque no están muy cargados de emociones o él no está consciente de ellos). (6) En una discusión sobre el "parechesi", defiende sus derechos. (7) Hay una disputa breve debido a que él quiere un peldaño en las escaleras gimnásticas.

Observador D: (2) Utiliza una guía para seguir la lectura, lee despacio, casi obligado y con una formación cuidadosa de los sonidos (quizá está inseguro y teme cometer algún error). (3) Quizá un poco agresivo, ya que empuja a un niño pequeño de su lugar. Es obvio que disfruta cuando juega con los demás niños, sonríe, corre y parece preferir especialmente a las niñas. Esto es muy notorio durante los juegos y cómo toma lugar durante el canto. (5) Casi no muestra interés en el canto, se mueve con inquietud, mueve las manos y las piernas (quizá es algo tímido y nervioso). Parece que desconoce las palabras de la parte principal de la canción, y demuestra una falta de interés al estarse moviendo con inquietud y torcerse en su lugar. No muestra interés hasta que llegan a la pared del coro. Parece que su amistad especial es una niña determinada, ya que siempre se sienta junto a ella.

•Se les pidió a los observadores que utilizaran los paréntesis para indicar sus inferencias o interpretaciones. Los números que se emplearon tuvieron el propósito de referirse a las diferentes escenas de la película para facilitar la comparación. *Fuente:* Cronbach. L.J. *Essentials ot Psychological Testing,* © 1959 de Harper & Row, Pub.. Inc. © 1960, Lee J. Cronbach. {Reimpreso con permiso de Harper & Row, Publishers, Inc.)

que inventen algunos acontecimientos que consideren necesarios para completar la situación de acuerdo con su manera de interpretarla".

Los intentos de mejorar los relatos anecdóticos en la observación clínica de tipo naturalista han tomado diferentes formas. Con el propósito de reducir la falta de sistematización en la selección y el registro de las conductas del cliente, la mayor parte de los esquemas modernos de la observación clínica deliberadamente centran la atención del observador en las conductas que particularmente interesan. Algunas de las versiones de esta aproximación emplean procedimientos *retrospectivos* (Wiggins, 1973) en los cuales se descubren o recuerdan algunas de las conductas pasadas del cliente.

Por ejemplo, se pueden revisar los documentos históricos para recopilar información acerca de determinadas conductas del cliente que ocurrieron en el pasado. Se han utilizado los registros académicos y judiciales como un medio para evaluar los tratamientos preventivos y correctivos de los niños delincuentes y predelincuentes (por ejemplo, Alexander y Parson, 1973; Cohén, 1972; Cohén y FUipczak, 1971; Slack, 1960; Schwitzgebel y Kolb, 1964; Tenber y Power, 1951), mientras que los cambios favorables en las calificaciones académicas han proporcionado índices de la reducción de la ansiedad al tomar exámenes (por ejemplo, Alien, 1971). De una manera semejante, los registros de violaciones a las salidas de la cárcel, regreso al servicio militar cuando se dio un pase, o visitas al dentista han servido para evaluar el impacto de las intervenciones llevadas a cabo con prisioneros, soldados y pacientes dentales temerosos (por ejemplo, Fox, 1954; Ludwig y Ranson, 1947; Patuxent, 1973; Wroblewski, Jacob y Rehm, 1977).

En la investigación clínica, los documentos históricos pueden servir para comprobar algunas teorías relacionadas con las causas de los problemas de la conducta. Barthell y Holmes (1968) se interesaron en la hipótesis acerca de que el aislamiento social en la vida temprana y en especial durante la adolescencia se relaciona con el diagnóstico subsiguiente de equizofrenia. Como una comprobación parcial de esta hipótesis, revisaron los anuarios del bachillerato de las personas etiquetadas como "esquizofrénicas" o "neuróticas" y compararon las actividades que desempeñaban estas personas de acuerdo con las listas de los anuarios con las que realizaban otros estudiantes de las mismas escuelas que no habían recibido un diagnóstico psiquiátrico. La investigación que relaciona factores tales como la edad, estado civil, historia ocupacional y educación con el desarrollo de la esquizofrenia y las oportunidades de mejoría ejemplifica un uso semejante de los documentos históricos (por ejemplo, Phillips, 1968; Zigler y Phillips, 1960).'

Es más común que la observación retrospectiva implique interrogar a las personas que conocen bien al cliente sobre la presencia, frecuencia, intensidad, duración o forma de la manifestación de determinadas categorías de la conducta en el pasado reciente.

[1] Estos ejemplos de la observación retrospectiva o de archivo representan sólo una parte de un enfoque de observación más amplio que se denomina medición no reactiva o que no interfiere, la cual se ha usado en la psicología clínica y en otras ciencias conductuales para conocer la conducta de las personas sin modificarla en el proceso.

Una descripción completa y un análisis de estas técnicas se encuentra en el libro fascinante y a veces cómico de Webb, Campbell, Schwartz y Secherest (1966)

Tabla 7-2 Muestra de las escalas del "Wittenbom Psychiatric Rating Scale"

Escala	Puntaje	Oración descriptiva
1	0	No da muestras de que tenga dificultad para dormir.
	1	Sin tranquilizantes puede tener dificultad para dormirse, o su sueño se interrumpe de manera espontánea y con gran facilidad.
	2	Sin tranquilizantes pasa largos periodos despierto durante la noche.
	3	Insomnio agudo; sin medicamentos duerme menos de 4 horas en 24 horas.
3	0	No hay evidencia de que se imagine que las personas (que son totalmente indiferentes a él) tienen un interés amoroso en él.
	1	Cree (sin justificación) que ciertas personas tienen un interés amoroso en él.
	2	Cree (sin justificación) que acaba de ocurrir un contacto sexual o que se le ha preparado uno formalmente.
4	0	No hay evidencia de pensamientos obsesivos (repetitivos, estereotípicos).
	1	Si ocurren los pensamientos obsesivos, pero pueden desaparecer sin dificultad.
	2	El paciente puede hacer que desaparezcan los pensamientos obsesivos, pero solamente con dificultad.
	3	No puede eliminar o controlar los pensamientos obsesivos.
10	0	Se come una porción adecuada de alimentos.
	1	Come con indiferencia y puede dejar la comida si no se le pide que termine.
	2	Come voluntariamente cantidades muy pequeñas y puede requerir que se le ruegue o se le alimente con la cuchara.
	3	Se niega a comer.
13	0	No hay evidencia de que se aisle socialmente.
	1	No parece que busque la compañía de los demás.
	2	Definitivamente evita a la gente.
21	0	Aparentemente no tiene un dificultad intrapsíquica para realizar sus planes.
	1	Tiene una actitud oscilante para llevar a cabo sus planes.
	2	Es incapaz de seguir sus planes o llevarlos a cabo.

(Reimpreso con el permiso del autor.)

Las observaciones en el hospital Las escalas de calificación psiquiátrica de Wittenbom ("Wittenbom Psychiatric Rating Scales", Wittenborn, 1955) proporcionan un ejemplo excelente de este tipo de observaciones. Este sistema contiene 52 escalas que constan de tres o cuatro afirmaciones descriptivas (véase la Tabla 7-2). El personal de un pabellón psiquiátrico observa a un cliente hospitalizado varias veces al día o semana y luego elige en cada escala la afirmación que mejor describe el comportamiento del cliente. Luego la secuencia particular que resulta de

las elecciones anteriores se traduce a ciertos puntajes que se consideran indicadores de determinadas categorías diagnósticas, con base en una investigación previa de análisis de factores. Por ejemplo, los puntajes altos en las escalas 3 y 13 (y otras parecidas) se interpreta como indicadores de la esquizofrenia paranoide, mientras que la ansiedad aguda se infiere a partir de los puntajes altos en las escalas parecidas a las 4. Otras secuencias se relacionan con la histeria de conversión, estado maniaco, estado depresivo, excitación esquizofrénica, condiciones paranoides, esquizofrenia habefrénica y compulsión fóbica.

Un sistema semejante es el que se llama Escalas psiquiátricas multidimensionales de pacientes hospitalizados ("Inpatient Multidimensional Psychiatric Scales" o IMPS, Lorr, Klett, McNair y Lasky, 1962) y el personal del pabellón que observan y entrevistan a sus clientes lo utilizan ampliamente en los ambientes hospitalarios. El IMPS contiene 75 reactivos que el observador o entrevistador califica en escala de 5 ó 9 puntos o responde con un "sí" o "no" (véase el Cuadro 7-3). Estos datos se traducen a puntajes relacionados con diez dimensiones que incluyen la excitación, beligerancia hostil, proyección paranoide, sentimientos de grandeza, desorientación y desorganización conceptual. Posteriormente, los puntajes se pueden graficar en un perfil (algo parecido al MMPI) que proporciona una descripción amplia del cliente.

Otros sistemas de este tipo incluyen el "NOSIE-30" (Honigfeld, Gillis y Klett, 1966), el "Fergus Falls Behavior Rating Sheet" (Lucero y Meyer, 1951), el "Minimal Social Behavior Scale" (Fariña, Arenberg y Gaskin, 1957), el "Psychiatric Status Schedule" (Spitzer, Endicott, Fleiss y Cohén, 1970), el "Patient Observational Record Form" (Flanagan y Schmid, 1959) y el "Hospital Adjustment Scale" (McReynolds, Ballachey y Ferguson, 1952). Consúltese a Walls, Werner, Bacon y Zane (1977) para obtener una lista más completa.

Debido a que las observaciones que contienen un significado excedente "no son los datos sencillos que forman la base de la investigación y medición científica" (Loevinger, 1965, p. 82), muchos de los sistemas clínicos de observación más novedosos que se utilizan en los ambientes naturales no solamente seleccionan y especifican las conductas que serán el objeto de la observación, sino que también reducen enormemente el tipo de inferencias del observador o codificador

Cuadro 7-3 Muestra de las escalas psiquiátricas multidimensionales de pacientes internos (IMPS)

En comparación con las personas normales, hasta qué punto el cliente:

1 Exhibe una actitud de superioridad
2 Se sale del tema que se está comentando
3 Adopta posturas excéntricas
4 No tiene restricciones para demostrar sus sentimientos
5 Inculpa a los demás por alguna dificultad
6 Cree que tiene algunas habilidades o talentos extraordinarios y raros
7 Cree que las personas están en contra de él
8 Hace gestos faciales extraños

que forman una parte importante del Wittenborn, IMPS u otras técnicas iniciales. Estos sistemas nuevos implican la observación *inmediata* y no retrospectiva. Piden al observador que examine la conducta del cliente y registre o codifique esa conducta tal como ocurre sin formular inferencias. Cuando se realizan este tipo de observaciones a intervalos periódicos (por ejemplo, una vez cada hora), el proceso se llama *muestreo de tiempo.* Cuando solamente se observan ciertas actividades (por ejemplo, interacciones a la hora de comer, fumar cigarrillos), por lo común se le denomina *muestreo de eventos.* A menudo se llevan a cabo las dos técnicas al mismo tiempo, como cuando se realizan las observaciones una vez cada minuto durante determinados acontecimientos tales como las interacciones entre una madre y su hijo.

Uno de los primeros sistemas de observación inmediata que se utilizó con los pacientes internos fue el "Behavioral Study Form" (BSF) elaborado por Schaefer y Martin (1966, 1975) en el Hospital Patton del Estado en California. El BSF requiere que el personal del pabellón (por lo general las enfermeras) observe a los clientes aproximadamente cada 30 minutos y registre la presencia de determinadas conductas. En la figura 7-2 se presentan una lista de estas conductas y una hoja muestra de registro. Durante cada periodo de observación, la enfermera registra una conducta "mutuamente exclusiva" (que define la actividad general del cliente) y cualquier conducta "concomitante" que pueda acompañar esa actividad. También se anota la ubicación del cliente y otros datos importantes. Los datos que se recopilan durante un periodo de días, semanas, o meses se pueden resumir fácilmente en determinadas tablas que contengan, por ejemplo, el tiempo promedio que pase durmiendo, meciéndose, caminando, viendo la televisión, o cualquier otra cosa. También se puede presentar esta información en una gráfica parecida a la Figura 7-3. Debido a que las conductas que son el objeto de la observación se puntualizan de una manera clara y se puede definir fácilmente si están presentes o no, el sistema de Schaefer y Martin no permite que los observadores deriven sus propias inferencias o seleccionen las conductas que ellos prefieran observar. Como se verá más adelante, estos elementos aumentan la probabilidad de que diferentes observadores utilicen el sistema de una manera confiable.

El "Behavioral Study Form" ha servido para proporcionar las bases de algunos de los sistemas de observación más elaborados que se utilizan en la actualidad en los hospitales psiquiátricos. Los ejemplos más sobresalientes de estos sistemas son el "Behavior Observation Instrument" (BOI; Liberman, DeRisi, King, Eckman y Wood, 1974) y el "Time Sample Behavior Checklist" (TSBC; Paul y Lentz, 1977). Es probable que este último sea el instrumento más elegante y con mayor apoyo experimental de este tipo. Otros esquemas para la observación de la importancia y los cambios del comportamiento de los pacientes hospitalizados que se han desarrollado de manera independiente incluyen un sistema de codificación parecido al de Barker que construyeron Ittleson, Rivlin y Proshansky (1970), el "Behavior Observation System" de Harmatz, Mendelsohn y Glassman (1973) y el "Resident Activity Manifest" (Cataldo y Risley, 1974). Walls, Werner, Bacon y Zane (1977) presentan muchos más.

Fijarse especialmente en:

19- Apoyar cabeza en manos HH
18- Trabajar lo asignado
16- Hablar con los demás

Paciente: Susan R.
Ingreso:
Seguimiento:
① 2 3 4 5 6 7 8 9

CODIGO GENERAL

Conductas mutuamente exclusivas:
1. Caminar
2. Correr
3. Estar de pie
4. Sentarse
5. Acostarse

Conductas concomitantes:
6 Beber
7 Comer - alimentos
7a Comer - entre comidas
8 Acicalarse (describir)
9 Sesión de grupo
10 Tomar medicamentos
11 Leer
12 Recibir dinero
13 Mecerse
14 Caminar marcando el paso
15 Fumar
16 Hablar con otras personas
17 Ver televisión
18 Trabajar - lo asignado
19 Otras

Ubicación
A Comedor
B Pasillo o sala de descanso
C Habitaciones para dormir
D Baño
E Afuera

Fecha: 24 de agosto de 1967

0630	3-8	D
0700	3-6	B
0730	4-15	B
0800	3-10	A
0830	4-18	A
0900	3-18	A
0930		
1000	4-19 HH	B
1030	4-19 HH	B
1100	3-19 Compra objeto	B
1130	3-18	A
1200	4-7	A
1230	3-16 Empleado	B
1300	4-11	A
1330	4-9	A
1400	4-9	A
1430	4-9	A
1500	En otro lugar	
1530	1	E
1600	3-11	A
1630	3-18	A
1700	3-18	A
1730	4	D
1800	4-16	E
1830	3	C
1900	3-16	C
1930	3-17	B
2000	3-11	A
2030	2-19 Grita	B
2100	5	C

Figura 7-2 Sistema de codificación y una muestra del registro de un sistema inicial de observación de las conductas en el hospital (*Schaefer, H.H. & Martin P.L. Behavioral Therapy, 2a. ed. © 1975 de McGraw-Hill Book Company, New York, Reimpreso con permiso.)*

Los clínicos que se interesan en obtener un panorama detallado de la conducta problemática de los niños también han empleado observaciones etologicas parecidas a las de Barker. Sin embargo, en lugar de hacer el intento de observar y registrar *todos* los aspectos de la conducta del cliente, ciertas divisiones de las categorías generales (por ejemplo, la conducta social) se vuelven el foco de un análisis funcional a *largo plazo* que revela las relaciones entre estas conductas y los estímulos ambientales que les precedieron o sucedieron. Por medio de esta

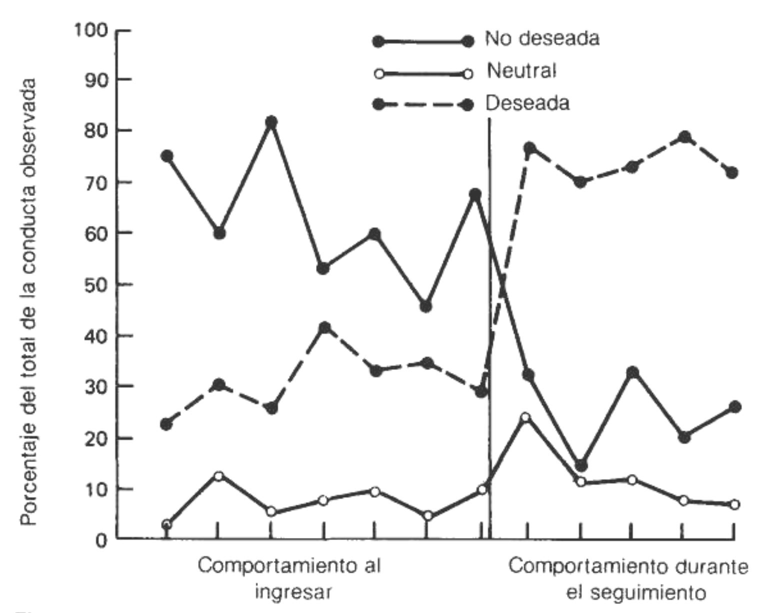


Figura 7-3 Registro gráfico de tres categorías conductuales bajo observación. (*Schaefer, H.H. & Martin, P.L. Behavioral Therapy, 2a. ed.* © 1975 de McGraw-Hill Book Company, New York. Reimpreso con permiso.)

aproximación, Hutt y Hutt (1968) encontraron que es más probable que los niños autistas se ocupen en llevar a cabo tales conductas motoras grotescas como sacudir su mano en el aire cuando entran personas nuevas o se introducen objetos nuevos en su ambiente. También se puede acumular otra información clínica importante acerca de la naturaleza y los determinantes ambientales del comportamiento problemático y no problemático de los niños (por ejemplo, Currie y Brannigan, 1970; Evans 1971; Hutt y Ounsted, 1966).

Debido a la cantidad de tiempo y esfuerzo que implican las observaciones con una orientación etológica, este tipo de observaciones es más bien una excepción en lugar de una regla en el análisis funcional (Wiggins, 1973), pero tiene una evidente importancia para el trabajo clínico (Hutt y Hutt, 1970). Se ha utilizado una variante, por ejemplo, para recopilar información acerca de las conductas cotidianas tales como comer y beber como un preludio para el tratamiento destinado a ayudar a los clientes que se excedan en esas actividades (por ejemplo, Gaul, Craighead y Mahoney, 1975; Kessler y Gomberg, 1974; LeBow, Goldberg y Collins, 1976, 1977).

Observaciones en la escuela El deseo de observar el comportamiento de los niños con propósitos clínicos ha generado una gran cantidad de sistemas elaborados especialmente para que se empleen en las escuelas, patios de recreo y otros ambientes importantes. Siguiendo la tradición de los sociólogos experimentales iniciales (por ejemplo, Dawes, 1934; Thomas, 1929), los sistemas de registro y co-

dificación que elaboraron Bijou (Bijou, Peterson y Ault, 1968) y O'Leary y Becker, 1967; O'Leary y O'Leary, 1972) utilizan símbolos que representan las conductas de los niños y de los adultos que los rodean durante las observaciones de muestreo de tiempo que se recopilan varias veces cada minutos. En la Figura 7-4 se presentan los símbolos (y sus definiciones) que describieron Bijou, Peterson y Ault (1968) en un estudio que se llevó a cabo en una guardería. Se puede notar que los datos que se recopilan de esta manera, como en el caso de otros sistemas de observación de este tipo, se pueden resumir fácilmente en una forma cuantitativa. En este caso, se podrían calcular los porcentajes para resumir la cantidad de tiempo que pasa un niño platicando o tocando a los adultos u otros niños.

La observación en el salón de clase se puede centrar en un solo niño y las personas con las cuales él interactúa, o, a través de una rotación de la atención del observador, se puede evaluar el comportamiento de varios niños que sean el objeto de la observación o hasta de una clase entera (por ejemplo, Bushell, Wrobell y Michaelis, 1968); O'Leary, Becker, Evans y Saudargas, 1969; Thomas, Becker y Armstrong, 1968). Existen algunos esquemas de codificación semejantes para la observación del juego de los niños dentro o fuera de la casa o escuela (Walls, Werner, Bacon y Zane, 1977).

Observaciones en la casa También existen procedimientos de observación naturalista para medir las conductas clínicamente importantes que ocurren principalmente en la casa u hogar del cliente. Como ha sido el caso de las otras áreas, las observaciones clínicas iniciales se inclinaban hacia una gran cantidad de inferencias y selección asistemática de las conductas que eran el objeto de las observaciones (por ejemplo, Ackerman, 1958). Sin embargo, más recientemente se han desarrollado sistemas de observaciones para el hogar con un nivel más bajo de inferencias.

En muchos sentidos, éstos simplemente son las extensiones de los procedimientos descritos previamente que se utilizan en las escuelas. Gerald Patterson elaboró uno de los primeros paquetes prácticos y científicos para la observación en los hogares de los niños predelincuentes (Patterson, Ray, Shaw y Cobb, 1969). Mediante este sistema los observadores entrenados acuden al lugar donde reside el cliente y lo observan durante una o dos horas por lo general antes de la merienda.[2] Los observadores evitan establecer alguna interacción con la familia y se concentran en el registro de la conducta de un integrante de la familia a la vez durante periodos sucesivos de cinco minutos. Cada tipo de conducta que se observa (por ejemplo, platicar, llorar, pegar, reír, ignorar) se resume a través de uno de los 29 símbolos de una naturaleza semejante a los que utilizan Bijou y O'Leary. Patterson, Cobb y Ray (1973) proporcionan los detalles de este sistema. También existen otros sistemas (por ejemplo, Lavigueur, Peterson, Sheese y Peterson, 1973; Mash, Terdal y Anderson, 1973); algunos de éstos se han utilizado no solamente con el propósito de evaluar a determinados clientes, sino también para recopilar

[2] Éste, como la mayoría de los procedimientos de observación descritos en este capítulo se establecen sólo después de que el cliente o una persona responsable por parte de él haya dado su consentimiento.

Símbolo	Definición
	Primera Fila (Contactos Sociales) El *S* habla consigo mismo. Cualquier verbalización en la cual no ve a un adulto o niño o no emplea el nombre de un adulto o niño. No se aplica a una situación de grupo.
	El *S* habla con un adulto. El *S* debe mirar al adulto mientras emite la verbalización o emplear el nombre del adulto.
	El *S* le habla a un niño. El *S* debe mirar al niño mientras emite la verbalización o emplear el nombre del niño. En una situación de grupo, se registra cualquier verbalización como una dirigida a un niño.
S	Un niño le habla al *S*. El niño debe mirar al *S* mientras emite la verbalización o emplear el nombre del *S*.
	Un adulto le habla al *S*. El adulto debe mirar al *S* o emplear el nombre del *S*.
	Un adulto da instrucciones generales a la clase o le hace alguna pregunta o hace algún comentario general. Incluye la narración de cuentos.
	El *S* toca a un adulto. Contacto físico con el adulto.
	El *S* toca a un niño con una parte de su cuerpo o con un objeto. Contacto físico con un niño.
V	Un adulto toca al *S*. Contacto físico con un adulto.
T	Un niño toca al *S* con una parte de su cuerpo o con un objeto. Contacto físico con un niño.

Símbolo	Definición
	Segunda Fila (Actividad sostenida) *Actividad sostenida en la clase de arte.* El *S* debe estar sentado en la silla, ver el material y responder al material o maestra dentro de un intervalo de 10 segs. La respuesta al material incluye utilizar el lápiz, brocha de pintura, gis, crayolas, hilo, tijeras, pegamento, o cualquier otro artículo sobre el papel, o trabajar con barro o plastilina o tener las manos sobre otro material que se utilice junto con el barro o plastilina, o doblar o romper el papel. La respuesta a la maestra incluye obedecer una orden que haga un adulto para que realice una determinada conducta. Se debe completar la conducta (el niño debe regresar a sentarse en su asiento) dentro de un lapso de dos minutos.
	Actividad sostenida a la hora de narrar cuentos. El *S* debe estar sentado, dirigir su mirada hacia el material, u obedecer una orden que haya dado la maestra o asistente. Si el *S* inicia una plática con un compañero, no se debe registrar la actividad sostenida en el intervalo de 10 segs.
	Actividad sostenida en el ejercicio de "muéstralo y platícame". El *S* debe estar sentado, dirigir su mirada hacia el material, y obedecer una orden que haya emitido la maestra. Si el *S* inicia una plática con un compañero, no se debe registrar la actividad sostenida en el intervalo de 10 segs.
	Actividad sostenida durante la lectura. El *S* debe estar sentado en su asiento, con la mirada dirigida hacia el material y responder al material o la maestra dentro del intervalo de 10 segs.
	Actividad sostenida durante la escritura. El *S* debe estar sentado en su asiento, con la mirada dirigida hacia el material y responder al material o la maestra dentro del intervalo de 10 segs. La respuesta al material incluye utilizar el lápiz (para hacer alguna señal), o detener la hora del papel o "folder." La respuesta a la maestra incluye responder de una manera verbal a alguna señal que dé la maestra.
	Actividad sostenida durante la aritmética. El *S* debe estar sentado en su asiento, dirigir la mirada hacia el material y responder al material o la maestra incluye utilizar el lápiz o goma de borrar o detener la hoja de papel o "folder" o responder de manera verbal a una señal.
	La actividad sostenida no ocurrió durante el intervalo.

Figura 7-4 Porción de un sistema de codificación para la observación de la conducta de los niños *(Bijou, S.E., Peterson, R.F., & Ault, M.H.* Journal of Applied Behavior Analysis, *1968, 1, 175-191.* © *1968 por la Society for the Experimental Analysis of Behavior, Inc. Reimpreso con permiso.)*

algunos datos normativos sobre la conducta de los niños que es desorganizadora y la que no lo es (por ejemplo, Delfini, Bernal y Rosen, 1976).

Cuando el objeto de la evaluación observacional es la interacción social de un adulto en el hogar, por lo general se necesitan sistemas más complejos de registro y codificación. Con el fin de medir las habilidades sociales de los clientes deprimidos, por ejemplo, Lewinshon y Shaffer (1971) enviaron a unos observadores a que registraran las interacciones de las familias durante las horas de la comida con un procedimiento de muestreo de tiempo. El sistema de codificación tenia categorías de conducta verbal tales como las *acciones* con iniciativa propia (por ejemplo, preguntas, comentarios, peticiones de información, quejas) o *reacciones* positivas y negativas hacia las conductas de los demás (por ejemplo, aprobación, risa, crítica, desacuerdo). Estas dimensiones y otras (tales como la velocidad en reaccionar ante los demás) se utilizaron para examinar las diferencias entre las personas deprimidas y las que no lo estaban (por ejemplo, Libet y Lewinsohn, 1973) así como para evaluar los cambios en las conductas depresivas como una función del tratamiento (Lewinsohn y Shaffer, 1971).

Gottman (1974) ha utilizado un sistema de codificación igual de complejo para evaluar las interacciones entre las parejas. Se asigna una categoría a cada afirmación verbal en términos de su (1) *contenido* (por ejemplo, pregunta, opinión, orden, retroalimentación), (2) *afecto* (positivo, negativo o neutral), y (3) *impacto* o *intención* (por ejemplo, menosprecia al cónyuge; se enaltece a sí mismo). Dos aspectos de la obra de Gottman merecen una mención especial. La primera tiene que ver con la utilización de un análisis secuencial o de *series de tiempo* de los datos observacionales (Gottman, Markman y Notarius, 1977). Esta técnica matemática compleja le permite al evaluador observar no solamente la influencia que ejerce una persona sobre la otra en un momento determinado (como cuando la esposa insulta al esposo) sino que también le permite realizar un análisis de la influencia que tengan las interacciones previas sobre las posteriores. Esto significa que se pueden descubrir "espirales" negativas (en las que una interacción perjudicial es seguida por otras interacciones semejantes), "espirales" positivas y otras secuencias sociales a largo plazo en lugar de lo que sucede con los procedimientos analíticos que únicamente presentan resúmenes del "porcentaje del tiempo ocupado". El segundo elemento interesante del procedimiento observacional en el hogar de Gottman es la utilización de grabadoras en lugar de observadores humanos para la recopilación de los datos en bruto. Los codificadores entrenados calificaron las transcripciones de las cintas.

Observaciones realizadas por las personas del medio del cliente Hasta ahora, los sistemas de observación naturalista que se han descrito emplean estudiantes universitarios entrenados u otro personal especializado para que realicen las observaciones partícipes o no partícipes de la conducta del cliente. Como se verá más adelante, existe alguna duda acerca de si estas personas que no pertenecen al medio del cliente (o "extraños") pueden cumplir con sus propósitos sin influir de manera inadvertida sobre la conducta que deben registrar, de tal manera que algunos clínicos e investigadores han planeado que los datos observacionales sean

recopilados por las personas que forman parte del ambiente cotidiano del cliente. Ya se han visto ejemplos de esta forma de observación: las enfermedades y otro personal del pabellón son los que completan las escalas del IMPS y Wittenborn.

De una manera semejante, se ha efectuado la observación de los niños en el salón de clase y en el hogar entrenando a las maestras, al padre y hasta a otros niños para que recopilen y registren algunos datos acerca de determinadas conductas (por ejemplo, Christopherson, Arnold, Hill y Quilitch, 1972); Eyberg y Johnson, 1974; Hall, Fox, Willard, Goldsmith, Emerson, Owen, Davis y Porcia, 1971; Hall Axelrod, Tyler, Grief, Jones y Robertson, 1972; Kubany y Sloggett, 1973; Osborne, 1969; Surratt, Ulrich y Hawkins, 1969).

La utilización de las personas que están familiarizadas con el cliente como observadores de la conducta de los adultos con propósitos clínicos es menos común, aunque no desconocida. Por ejemplo, en una intervención cuyo objetivo sea ayudar a los clientes a dejar de fumar, un clínico o investigador puede solicitar a los miembros de la familia, compañeros de trabajo o amistades del cliente que elaboren informes que confirmen el éxito (o fracaso) del tratamiento (por ejemplo, Best, 1975). También se puede pedir este tipo de reportes como una parte de la evaluación de los problemas y el cambio relacionado con el uso de drogas (por ejemplo, O'Brien, Raynes y Patch, 1972), la actividad sexual (por ejemplo, Rosen y Kopel, 1977), la interacción social (por ejemplo, Wills, Weiss y Patterson, 1974) y otras conductas de los adultos.

Autoobservación Aun cuando las personas que pertenecen al ambiente del cliente tienen una perspectiva menos limitada respecto a la conducta del cliente a través de una variedad más amplia de lugares y momentos a los que podría tener acceso un observador externo, nadie pasa tanto tiempo con el cliente como él mismo. Por lo tanto, no debe sorprender el hecho de que en muchas situaciones clínicas y de investigación se les pida a los clientes que observen y registren sus propias conductas. Esta actividad se conoce como autorregistro o *automonitoreo.* Por lo común la llevan a cabo los adultos o jóvenes, aunque en algunas ocasiones los niños pueden obtener éxito al realizarlo (por ejemplo, Broden, Hall y Mitts, 1971; Clement, 1974; Thorensen y Mahoney, 1974).

El automonitoreo a menudo requiere que el cliente lleve un registro escrito de la frecuencia o duración o intensidad de ciertos aspectos de su comportamiento. Se puede emplear un registro sencillo para tabular la ocurrencia de sucesos como hacer ejercicio, tener dolor de cabeza, pensamientos placenteros, jalarse los cabellos, alabar a los demás o recibir elogios y otras conductas parecidas. La Tabla 7-3 contiene dos ejemplos de los registros de automonitoreo que se pueden llevar a todos lados en tarjetas de tamaño reducido.

Los registros de frecuencia o duración pueden ser muy importantes para la evaluación, pero omiten las respuestas a algunas preguntas básicas. Al analizar la Tabla 7-3, por ejemplo, uno se podría interesar en saber qué fue lo que interrumpió el estudio, qué materias eran las más difíciles de comprender, las circunstancias en que se consumó la relación sexual y el nivel de excitación sexual que experimentó el cliente. Para recopilar información de este tipo, se emplean

Tabla 7-3 Parte de un registro de automonitoreo sobre los hábitos de estudio y los encuentros sexuales

Parte I: Registro de hábitos de estudio			Parte II: Registro de encuentros sexuales			
Fecha	Hora de comienzo	Hora de terminar	Fecha	Hora del dia	Fecha	Hora del dia
2/13/79	6:30 P.M.	7:15 P.M.	2/13/79	7:00 P.M.	3/14/79	7:15 P.M.
2/13/79	8:15 P.M.	9:30 P.M.	2/15/79	8:30 A.M.	3/14/79	8:00 P.M.
2/14/79	6:00 A.M.	7:30 A.M.	2/15/79	9:00 P.M.	3/14/79	9:30 P.M.
2/14/79	9:00 P.M.	9:15 P.M.	2/21/79	5:30 P.M.	3/14/79	11:30 P.M.
2/15/79	7:00 P.M.	8:15 P.M.	2/21/79	6:45 P.M.	3/16/79	2:00 A.M.
2/15/79	9:00 P.M.	11:00 P.M.	2/21/79	9:00 P.M.	3/16/79	6:00 A.M.
2/16/79	2:00 P.M.	3:30 P.M.	2/25/79	6:30 A.M.		

los registros de automonitoreo más elaborados que se llaman "diarios conductuales".

La Figura 7-5 contiene un ejemplo del diario que se utilizó para registrar la conducta de fumar. Nótese que se proporciona un sitio para anotar la hora en que se prendió cada cigarrillo así como para registrar información acerca de la situación física y social y el humor que precedió la conducta de fumar. Es común que se empleen diarios semejantes que presenten los detalles específicos de determinadas conductas, sus antecedentes, y sus consecuencias en la práctica e investigación clínica para estructurar el automonitoreo de los hábitos alimenticios (por ejemplo, Stuart y Davis, 1972), estilos de interacción social (por ejemplo, Wills, Weise y Patterson, 1974), pensamientos (Mahoney, 1971; Meichenbaum, 1976) y otras metas. En algunas ocasiones se pide a los clientes que resuman los datos que recopilaron en una gráfica con el fin de obtener una imagen visual de la conducta meta y el progreso que vayan logrando una vez que comience el tratamiento. Para consultar algunas revisiones recientes sobre los procedimientos de automonitoreo y sus aplicaciones véase a Bellack y Schwartz (1976), Evans y Nelson (1977) y Nelson (1977).

Utilización de aparatos en la observación Los sistemas sensoriales humanos tales como la vista y la audición están limitados en su habilidad para detectar y discriminar lo que ocurre en el medio ambiente, de tal forma que se puede decir que el observador humano es "un instrumento limitado para el registro de los acontecimientos físicos" (Rugh & Schwitzgebel, 1976, p. 79). Para auxiliar a los humanos imperfectos en sus actividades de observación, a menudo se introducen aparatos mecánicos o electrónicos. Por ejemplo, a menudo se utilizan varios tipos de aparatos mecánicos como una ayuda para el automonitoreo, especialmente cuando el interés principal son las mediciones de frecuencia o duración. El cliente puede llevar consigo algún tipo de contador que presiona cada vez que ocurre una conducta que es el objeto de la intervención. Posteriormente, puede leer el total

REGISTRO DIARIO

Nombre ______________________ Fecha ______________________

Hora	Intensidad del deseo*	¿Se fumó el cigarrillo? (✓)	Lugar	Con quién	Estado de ánimo
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

*Indique la intensidad de su deseo en una escala del 1 al 5: 1 = ningun deseo perceptible; 2 = deseo pequeño; 3 = deseo moderado; 4 = deseo bastante fuerte; 5 = deseo intenso.

Número total de cigarrillos que se fumaron ______________________

Figura 7-5 Un diario conductual para el registro de la conducta de fumar. *(De Pomerlau, O.F. &* Pomerlau, C.S. Break the Smoking Habit, © *Research Press, Campaign, Illinois. Reimpreso con permiso.)*

del día en el contador y registrarlo en una hoja o gráfica especial. Se pueden emplear los contadores de golf o para tejer que venden en los comercios, aunque a veces el clínico proporciona contadores especialmente elaborados para registrar una o varias clases de respuestas. Un investigador diseñó un abaco en miniatura disfrazado como una pulsera de piel con cuentas que permitía la realización de un registro preciso y sutil (Mahoney, 1974), mientras que en otra ocasión se empleó una opción más sencilla que consistía de cambiar unas monedas o palillos de dientes de un bolsillo a otro o de una parte de la bolsa a otra (Watson y Tharp, 1972).

Varios tipos de relojes, contadores o cronómetros pueden facilitar el registro preciso de la duración de algunas respuestas que sean el objeto del tratamiento

clínico. El registro del tiempo de estudio que se presenta en la Tabla 7-3, por ejemplo, obviamente se calculó mediante el uso habitual de un reloj de pulsera o de pared, pero, en otros casos, un reloj eléctrico o un cronómetro común se pueden convertir en contadores acumulativos. Por ejemplo, se puede pedir a un cliente que ponga las manecillas de un reloj a las doce y que cada vez que ella comienza alguna actividad (por ejemplo, estudiar, hacer ejercicios, dormir) enchufe el reloj y lo desenchufe cada vez que termine la actividad. La hora en la carátula del reloj al finalizar el día reflejaría la duración de la conducta, meta de ese día (Mahoney y Thoreson, 1974). De la misma manera se puede emplear un cronómetro portátil que el cliente lleve en su bolsillo o bolsa.

De ninguna manera se restringe el automonitoreo al uso de los aparatos mecánicos en la observación naturalista. Se ha empleado una amplia variedad de aparatos para ayudar o hasta substituir a los observadores humanos en muchos ambientes clínicos y experimentales. Algunos de estos instrumentos son bastante sencillos. A menudo los observadores utilizan cronómetros para estar al corriente de los intervalos durante las sesiones de muestreo de tiempo, y es posible que se utilicen contadores manuales para registrar cada vez que ocurre una conducta meta particular (véase a Cooper, 1974). Se pueden utilizar aparatos mecánicos más complejos para registrar y almacenar cantidades mayores de información de una manera útil. Frecuentemente éstos se presentan como "registradores de sucesos", los cuales permiten que un observador registre la ocurrencia de una conducta meta o más en una tira de papel que se mueve a una velocidad constante. El registrador oprime un botón o tecla diferente cada vez que una determinada conducta ocurre (por ejemplo, pegarle a otra persona, reírse, parpadear), de tal manera que al revisar la cinta se descubre el patrón o secuencia de todas las conductas que se observaron así como la frecuencia y la proporción en que ocurrió cada una de las conductas.

Algunos aparatos mecánicos (habitualmente apagadores y contadores) que se conectan directamente al cliente en alguna manera proporcionan un registro continuo de la conducta. Este tipo de aparatos se encuentran comúnmente en los sistemas cuyo objetivo es medir alguna actividad física, que es una variable tanto de interés clínico como experimental en el caso de los clientes deprimidos, hiperactivos y algunos otros. Schulman y Reisman (1959) evaluaron de una manera objetiva la hiperactividad por medio de unos relojes que los clientes usaban como pulsera en la muñeca y tobillo y que se ponían en movimiento automáticamente de acuerdo con la actividad del cliente. Se han utilizado contadores, apagadores o calibradores semejantes que son sensibles al movimiento y que el cliente usa en alguna parte de su cuerpo o que se sitúan debajo de las sillas o camas para estimar el nivel de actividad (Epstein y LaPorte, 1978), la estabilidad al estar de pie (Therekhon, 1974), el movimiento durante el sueño (Siegel y Sameroff, 1971; Vietze, Foster y Friedman, 1974), "tics" y otros movimientos mientras se está sentado (Barret, 1962), y hasta la fuerza empleada para lavarse los dientes (Schroeder, 1972).

Los aparatos *electrónicos* utilizados para la recopilación de datos también han desempeñado una función importante en los procedimientos de observación

naturalista. Se han utilizado grabadoras auditivas y de "videocintas" para lograr la recopilación de mayores cantidades de datos continuos de los que lograrían si se emplearan observadores humanos. Se han hecho grabaciones a algunas familias y otros grupos sociales en su ambiente natural (por ejemplo, Johnson y Bolstad, 1974), y, como una parte de un estudio cuyo objetivo era evaluar el temor a visitas al dentista, Kleinknecht y Bernstein (1978) situaron unas cámaras televisivas en las salas de espera y de intervención de los dentistas practicantes. Las cámaras estaban conectadas a un *video tape deck* que registraba la conducta manifiesta de los pacientes en los dos lugares. Posteriormente, unos observadores entrenados que utilizaron procedimientos de muestreo de tiempo y un sistema de codificación especial para cuantificar las conductas de los pacientes, observaron las cintas.

La llegada de los transmisores minúsculos *solidstate* ha permitido que se grabe la conducta verbal del cliente aun cuando el cliente se encuentre lejos de la grabadora. Esto implica que el cliente lleve consigo un micrófono minúsculo que esté conectado con un transmisor de bolsillo, sin cable, que envía una señal a un punto de recepción donde se almacena en una grabadora común. Se ha utilizado esta clase de equipo para registrar las interacciones verbales de los adolescentes (por ejemplo, Purcell y Brady, 1966), pacientes psiquiátricos internos (por ejemplo, Moos, 1968), y parejas casadas (por ejemplo, Soskin y John, 1963). La información acerca de la conducta no verbal como la actividad cardiaca (por ejemplo, Weiss y Engel, 1971), ondas cerebrales (por ejemplo, Jacobson, Kales, Lehman y Zweizig, 1965), o respuesta galvánica de la piel (por ejemplo, Thackray y Orne, 1968) también se puede recopilar a través de la radiotelemetría.

En los aparatos que son sensibles al movimiento u otros aspectos de la conducta y que transmiten esta información mediante ondas de radio a una estación de monitoreo cercana aparecen combinaciones de los instrumentos mecánicos y eléctricos. Kupfer, Detre, Foster, Tucker y Delgado (1972) emplearon un aparato como el anterior (que se usaba como una banda en la muñeca) para medir la actividad física de los pacientes internos deprimidos, y Herrón y Ramsden (1967) situaron un sensor de presión y un transmisor minúsculo en el talón de los zapatos de un cliente para registar su locomoción. La información acerca de la presión, el movimiento y otras variables, importantes para tratar a clientes que padecen disfunciones producidas por la tensión en la cara y quijada, se ha comunicado por radio a partir de los transmisores-sensores situados en los anteojos (Rugh, 1971) o en los dientes (Kavanaugh y Zandler, 1965).

Son abundantes los ejemplos adicionales que existen en la literatura clínica sobre la aplicación de la tecnología mecánica y electrónica para el desarrollo de los instrumentos que se puedan emplear en la observación naturalista. Miklich (1975) y Rugh y Schwitzgebel (1977) proporcionan revisiones excelentes de estas aplicaciones y del equipo y principios que se relacionan con ellos.

Observación controlada

Como se ha visto, el atractivo principal de la observación naturalista es que puede producir grandes muestras de conductas libres, espontáneas y "reales" del cliente

que ocurran en circunstancia que sean importantes y de interés para el clínico. En ocasiones, sin embargo, algunas de las ventajas de la observación llevada a cabo en los ambientes naturales se pueden convertir en desventajas, especialmente cuando las conductas que son objeto de la intervención se presentan con una baja frecuencia. Supóngase, por ejemplo, que el clínico desea observar la respuesta del cliente ante el "stress" (o tensión). Para alcanzar esta meta por medio de procedimientos naturalistas, los observadores humanos o los aparatos de observación tendrían que registrar continuamente la conducta del cliente en las situaciones donde podrían ocurrir los eventos que produjeron la tensión ("stress"). Debido a que es imposible garantizar que el cliente en realidad enfrentaría una situación de tensión ("stress") en un día o ambiente determinado, se desperdiciaría mucho tiempo y esfuerzo en esta empresa.

Además, debido a que la observación naturalista por lo general se lleva a cabo en un ambiente no controlado, aun cuando apareciera un estímulo que produjera la tensión ("stress") o alguna otra situación relevante, pueden suceder muchas cosas que echen a perder la evaluación. Es posible que el cliente se salga temporalmente del campo visual o auditivo de observación de tal forma que el observador pierda contacto con la conducta de interés, o su conducta verbal se puede ahogar por la conversación de alguna otra persona, por un televisor, un radio o hasta un avión que atraviese en ese momento. Y lo que es aún peor, el cliente puede obtener ayuda para manejar la situación que interesa simplemente debido a que un miembro de la familia, un amigo o un compañero de trabajo por casualidad estuvo presente en esa ocasión. ¿Cómo hubiese reaccionado el cliente sin esa ayuda? El evaluador no puede lograr esa información a menos que se repita la misma situación cuando el cliente esté solo y nuevamente bajo observación.

El hecho de que es posible que la situación que interesa no ocurra pronto nuevamente señala otra de las limitaciones de la observación naturalista: la evaluación repetida de la reacción de un cliente ante determinados sucesos de baja probabilidad a menudo es casi imposible. Por consiguiente, se puede ver seriamente impedida la medición precisa de la mejoría o el deterioro del cliente. Para el investigador clínico, este problema es crítico, debido a que la comparación de la conducta de muchas personas en condiciones idénticas es una piedra angular de la mayoría de los diseños experimentales.

Una de las maneras para solucionar algunas de las dificultades asociadas con las observaciones naturalistas consiste en establecer circunstancias especiales en las que se pueda observar la manera cómo el cliente reacciona a determinados eventos planeados y uniformes. Por lo común, esta forma de observación se denomina *observación controlada* debido a que el clínico mantiene el control sobre la naturaleza y periodicidad de los estímulos de evaluación de una manera muy similar a como lo hacen las personas que aplican las pruebas descritas en el Capítulo 6. Algunas personas también se refieren a las observaciones controladas como pruebas situacionales, situaciones en miniatura, evaluaciones análogas y observaciones planeadas.

Como sucedió en el caso de las observaciones naturalistas, los primeros sistemas y procedimientos de observación controlada tendían a implicar una gran can-

tidad de inferencias. Por ejemplo, Barker, Dembo, Támara y Lewin (1941) arreglaron una situación de frustración al permitirles que varios niños de la sección maternal entraran a jugar con unos juguetes muy atractivos en un lugar bardeado y posteriormente cerrar la puerta de la barda. Las reacciones y estrategias variadas que cada niño manifestó (véase la fig. 7-6) se interpretaron como evidencia de madurez, constructividad, regresión y otras características. Anteriormente, Hartshorne y May (1926) estudiaron los rasgos de la personalidad, tales como la honestidad, al introducir varios niños en situaciones donde podían robar dinero sin temor a que se les descubriera. En la psicología social se prepararon algunas interacciones especiales que se denominaron Discusiones de Grupo sin Líder (Bion, 1946) y los participantes se calificaron en las variables tales como "demostró iniciativa", "motivó a los demás a que participaran", u "ofreció buenas soluciones" (Bass, 1954). Se infirieron los rasgos de la personalidad como prominencia y sociabilidad a partir de las calificaciones que habían obtenido.

Durante la Segunda Guerra Mundial, los psicólogos militares inventaron algunas observaciones controladas cuyo fin era tanto evaluar los rasgos de la personalidad como las capacidades conductuales. En el "Operational Stress Test" (Prueba de Tensión Operativa), por ejemplo, se introducían los candidatos a pilotos en un aparato que simulaba la situación de vuelo y se les pedía que manipularan varios controles. Los candidatos no sabían que el examinador los trataba de

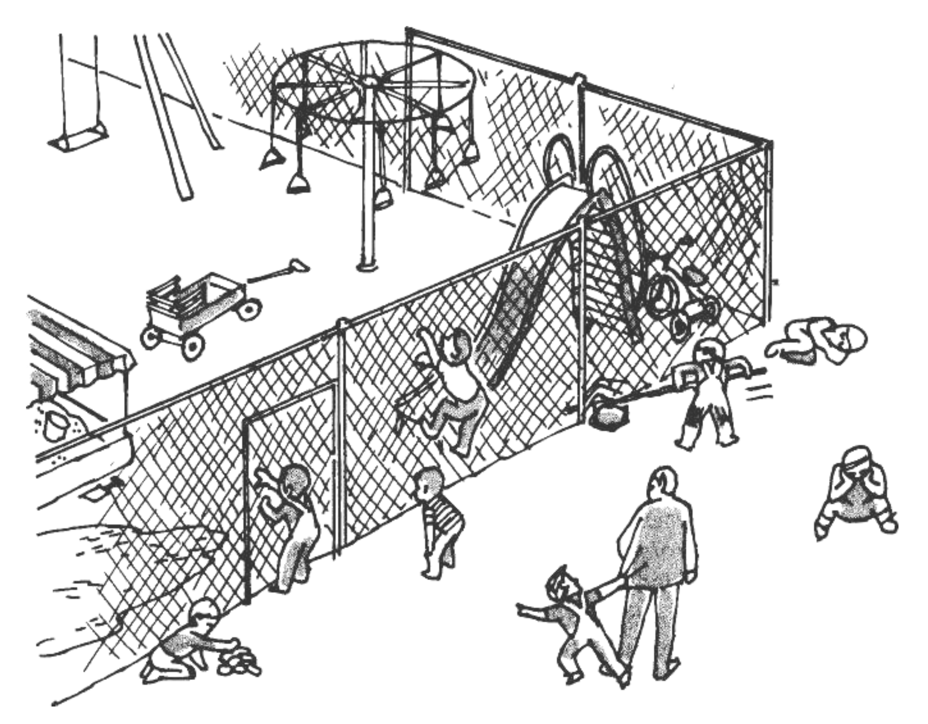


Figura 7-6 Un bosquejo de las diferentes reacciones a las situaciones controladas de frustración. *(De* Child Psychology, *4a. ed., de J.J.B. Morgan.* © 1942 de *Holt, Rinehart y Winston. Reproducido con el permiso de Holt, Rinehart y Winston.)*

confundir y frustrar deliberadamente y provocarles tensión al darles instrucciones cada vez más complicadas acompañadas de una gran cantidad de retroalimentación negativa (por ejemplo, "Estás cometiendo demasiados errores"; Melton, 1947). Durante la prueba, el evaluador calificaba las reacciones del aspirante a la crítica y al "stress", y estas calificaciones complementaban los datos objetivos acerca de su habilidad para manipular el aparato simulador.

Los rasgos de iniciativa, dominancia, cooperación y liderazgo en grupos se infirieron a partir de otra serie de evaluaciones observacionales efectuadas durante la guerra y que desarrolló el personal de la Oficina de Servicios Estratégicos (OSS) para contribuir a la selección de los agentes de espionaje y otro personal especial. Las evaluaciones se basaron en la labor inicial de los psicólogos militares de Alemania y Gran Bretaña e incluían tareas realizadas en un grupo tales como transportar un tronco a través de un arroyo (sin caer en el agua) y mover un objeto pesado sobre un abismo imaginario ubicado entre dos paredes de tres metros de altura.

Estas tareas eran difíciles, pero la "prueba de construcción" representó el "punto culminante del ingenio demoniaco" (Cronbach, 1960, p. 568); en ella se asignaba a un candidato la tarea de construir un marco en la forma de un cubo de un metro y medio a partir de varios palos y cubos grandes de madera parecidos a los juegos de niños para armar formas geométricas pero de tamaño gigantesco. Debido a que se suponía que la prueba medía la habilidad organizacional y de liderazgo del candidato, se le entregaban dos "asistentes" (en realidad, psicólogos) que se llamaban a sí mismos "Buster" y "Kippy".

> Kippy actuaba de una manera pasiva y lenta. No hacía nada en absoluto a menos que se le dieran órdenes específicas, pero estaba cerca y a menudo interrumpía el paso. . . Buster, por otro lado. . . , era agresivo, tenía bastante iniciativa para ofrecer sugerencias impracticables, expresaba su insatisfacción sin titubeos, y se mostraba muy alerta para criticar lo que él sospechaba que eran los puntos más débiles del candidato. . . Su función era presentar al candidato el mayor número de obstrucciones y molestias en diez minutos. De acuerdo con los resultados, obtuvieron tanto éxito en frustar a los cantidatos que jamás se completó. . . la construcción en el tiempo designado. (OSS, 1948, p. 1O3)[3]

El Cuadro 7-4 contiene un extracto de una sesión de prueba típica.

Desde la Segunda Guerra Mundial, se han utilizado versiones menos aversivas de las "pruebas situacionales" del OSS como parte del proceso para seleccionar agentes de la policía (Mills McDevitt y Tonkin, 1966) y otros empleados (Bray, Campbell y Grant, 1974; López, 1966). En los ambientes clínicos y de investigación actuales las observaciones controladas se presentan en muchas formas diferentes y todas son mucho menos capciosas que las utilizadas por el OSS bajo la presión de la época de guerra. En algunos casos, el "control" de las observaciones solamente consiste en pedir a los clientes (por lo general cónyuges, fami-

[3] El hecho de que "Kippy" y "Buster" fueran soldados de primera del Ejército y que a menudo se ocuparan de fastidiar a los oficiales de alta jerarquía, "estableció un record impecable para la satisfacción laboral entre los psicólogos".

Cuadro 7-4 Segmento de una sesión de una tarea de construcción OSS

Integrante de "staff" (llamando hacia la granja): ¿Puedes salir para venir a yudar a este hombre por unos cuantos minutos?

Buster y Kippy: Claro que sí, ahora mismo salimos.

Integrante del "staff": Bueno, pues, Slim, aquí tienes a tus hombres. Serán tus ayudantes. Tienes diez minutos.

Slim: ¿Ustedes saben algo acerca de cómo se construye esta cosa?

Buster: Pues, no sé, he visto a alguna gente trabajar aquí. ¿Qué es lo que quieres hacer?

Slim: Pues, tenemos que construir un cubo así y solamente tenemos un poco de tiempo para lograrlo, así que les pediré a ustedes que pongan atención a lo que yo les diga. Yo les diré qué es lo que deben hacer y ustedes lo harán, ¿de acuerdo?

Buster: Como no, jefe, lo que usted diga.

Slim: Perfecto. Ahora vamos a construir un cubo como éste con bastones de dos metros para las líneas verticales y los de tres metros para las esquinas. Así que lo primero que haremos es construir las esquinas al unir una mitad de un bloque y uno entero de esta forma y juntarlos con una clavija. ¿Vieron cómo se hace?

Buster: Como no, desde luego.

Slim: Pues, manos a la obra.

Buster: Bueno, pero ¿qué es lo que quieres que hagamos? ¿Qué hago primero?

Slim: Pues, primero unan algunas esquinas; —veremos, necesitamos cuatro en la parte de abajo y cuatro más en la superior—; sí, necesitamos ocho esquinas. Ustedes hagan ocho de estas esquinas y tengan la seguridad de que las juntan como ésta.

Buster: ¿Quieres decir que quieres que cada uno de nosotros hagamos ocho o nada más uno de nosotros?

Slim: Que cada uno de ustedes haga cuatro esquinas.

Buster: Pues, si hacemos cada uno cuatro, tendremos más de ocho porque tú ya hiciste una. ¿Quieres ocho o nueve en total?

Slim: Pues, no importa. Cada uno de ustedes haga cuatro y apúrense.

Buster: Está bien, está bien.

Kippy: ¿Y tú, mano, estás en la Marina? Te pareces a esos chavos de cabello rizado que andan todas las chavas detrás de él. Mano, ¿estás en la Marina?

Slim: Este, pss. No estoy en la Marina. No estoy en nada.

Kippy: Pues, como estabas hablando de "parte superior" yo pensé que estabas en el servicio naval. ¿Qué te pasa, te ves lo suficientemente sano? ¿Eres de los que huyen del servicio?

Buster: ¿Qué tipo de trabajo hacías antes de llegar aquí? Apuesto que nunca hiciste algo de construcción. Híjoles, yo he visto a muchos tipos, pero ninguno tan tonto como tú.

Slim: Pues eso puede ser cierto, pero tú no estás haciendo gran cosa para ayudarme.

Buster: ¿Qué? ¿Qué dijiste? ¿Con quién estás hablando? Que yo no te ayudo, si he hecho todo lo que me has pedido, ¿no es cierto? Todo lo que me has pedido. Pues te he ayudado más que cualquier otra persona en estos rumbos.

Slim: Pues, no te has matado trabajando y no nos queda mucho tiempo, así que hay que empezar.

Buster: Pues, eso me agrada. Salgo hasta acá y hago todo lo que me pides. No das muy buenas instrucciones. Yo creo que tú no sabes lo que estás haciendo de cualquier manera. Jamás se ha quejado otra persona de que yo no trabajo. Ahora, me debes pedir disculpas por lo que dijiste acerca de mí.

Slim: Está bien, está bien, hay que olvidarnos del asunto. Pediré disculpas. Ya hay que comenzar el trabajo. No nos queda mucho tiempo. Tú construye un cuadro aquí y tú otro allá.

Buster: ¿Con quién estás hablando con él o conmigo?

Kippy: Es cierto; ¿cómo esperas que nosotros sepamos con quien hablas? ¿Por qué no nos das un número de algo así. . . que uno sea el "número uno" y el otro el "número dos"?

Slim: Está bien tú eres el "uno" y él es el "dos".

Buster: Espera tantito; un momento. ¿Cómo crees que te vas a llevar bien con la gente si la tratas asi? Primero salimos acá y ni siquiera nos preguntas cómo nos llamamos; te diriges a nosotros diciendo "tú." Luego, te lo decimos y nos da&un número. ¿Qué te parece eso? ¿Te gustaría que te llamaran a ti por un número? Tú nos tratas como si fuéramos otro bastón de dos metros y luego esperas que nos quebremos el cuello trabajando por ti. Me doy cuenta de que tú casi no has trabajado con personas.

Slim: Discúlpenme, pero no nos dieron mucho tiempo y yo pensé. . .

Kippy: Sí, tú pensaste. Híjole, no me parece que tú piensas mucho acerca de algo. En primera no nos preguntas nuestros nombres como lo haría cualquier idiota que fuera cortés. Luego no sabes nada de lo que hiciste antes de venir acá o si estás en el ejército, la Marina o algo por el estilo, y estoy completamente seguro de que no sabes nada acerca de cómo construir esto o cómo dirigir a los empleados. Fíjate, cuate, tú solamente te quedas ahí parado como un vago que discute que debemos estar trabajando. Qué es lo que te pasa a ti, ¿eh?

Slim: Discúlpenme, ¿cómo se llaman?

Buster: Yo me llamo Buster.

Kippy: Yo Kippy. ¿Y el tuyo?

Slim: Me pueden llamar Slim.

Buster: ¿Bueno, te llamas así o no?

Slim: Sí, ese es mi nombre.

Kippy: Pues ése no es un nombre muy apropiado. Imbécil sería mejor.

Fuente: OSS, 1948.

lias, o parejas de padre e hijo) que acudan a la clínica o laboratorio y tengan una discusión, intenten resolver un problema, o simplemente platiquen mientras se conduce la observación por medio de las cámaras de televisión, grabadoras o codificadores humanos (por ejemplo, Alexander, 1973; Bugenthal, Love y Kaswan, 1972; Toepfer, Reuter y Maurer, 1972). En otros casos, se les presenta una tarea o situación estructurada preparada con el fin de provocar ciertas conductas que son importantes para la evaluación clínica.

Pruebas de "Role-Playing" (o situaciones simuladas) El clínico o varías otras personas pueden crear una situación simulada en la cual se le pida al cliente que *ponga en escena* su conducta acostumbrada. Durante muchos años varios clínicos han propugnado esta técnica de situaciones simuladas (por ejemplo, Borgatta, 1955; Rotter y Wickens, 1948; Stanton y Litwak, 1955) y sirve como la piedra angular del *psicodrama* (Moreno, 1946) y otras aproximaciones de tratamientos psicodinámicos y fenomenológicos (por ejemplo, Kelly, 1955; Perls, 1969), pero no fue hasta finales de la década de 1960 cuando formó parte de los programas de un nivel bajo de inferencias en la evaluación clínica (McFall, 1977). La utilización más común de la técnica de las situaciones simuladas en la observación controlada ha ocurrido en la evaluación de la eficiencia social, la autoexpresión o la autoafirmación.

En algunos casos, los procedimientos son sencillos y estructurados, como en la prueba situacional ("Situation Test", ST) que desarrollaron Rehm y Marston (1968) para explorar las habilidades sociales de los jóvenes universitarios de sexo masculino. En el ST, el cliente se sienta con una persona del sexo opuesto y escucha una descripción grabada de la escena que se va a actuar. La mujer (una

asistente del clínico) luego lee una pregunta o comentario como "¿Qué te gustaría hacer en este momento?" o "Para mí ésa fue una película pésima", y se le pide al cliente que responda como si la situación fuera verdadera. En la prueba de situaciones de conducta social ("Social Behavior Situations Test"-SBT: Twentyman y McFall, 1975), también se fabrican las situaciones sociales mediante una grabación, pero en este caso el cliente actúa solo. La cinta contiene material como el siguiente: "Estás en un periodo de descanso de tu trabajo. Ves a una muchacha como de tu edad en la cantina. Trabaja en otra parte de la tienda así que no la conoces muy bien. Te gustaría hablar con ella. ¿Qué es lo que dices?" (Twentyman y McFall, 1975, p. 386). Después de escuchar la cinta, se le pide al cliente que actuara como si en verdad estuviera en la situación y que continúe la interacción a través de una intercomunicación con una asistente del sexo femenino en un cubículo adyacente. Tanto en el ST como en el SBT, se codifican las conductas del cliente y se juzga la ansiedad, latencia de respuesta, interrupciones del habla, adecuación general y otras variables.

Con el fin de aumentar el realismo de las técnicas, se han presentado algunas situaciones sociales a través de videocintas (Goldsmith y McFall, 1975; Melnick, 1973), pero la mayoría de las evaluaciones controladas sobre las habilidades sociales utilizan personas reales en la situación simulada. La prueba de la interacción obligada ("Forced Interaction Test"; Twentyman y McFall, 1975) proporciona otro ejemplo de estos procedimientos; en ésta una asistente entra en el cuarto y toma asiento al lado del cliente. La tarea del cliente consiste en imaginarse que está en un aula e iniciar y mantener una conversación de cinco minutos con la asistente. Otros investigadores también han utilizado procedimientos observacionales "en vivo" semejantes, pero algo más elaborados con el propósito de evaluar las habilidades sociales (por ejemplo, Arkowitz, Lichtenstein, McGovern y Hiñes, 1975; Borkovec, Stone, O'Brien y Kaloupek, 1974; Glasgow y Arkowitz, 1975; MacDonald, Linquist, Kramer, McGrath y Rhyne, 1975). Las dimensiones importantes de las respuestas en estas pruebas incluyen la duración de la conversación, la extensión de los silencios, mover la cabeza afirmativamente (de arriba para abajo), contacto ocular, y hasta qué grado habla sobre sí mismo el sujeto.

También se ha empleado la técnica de situaciones simuladas (role playing) para evaluar la autoafirmación de los clientes. En la Prueba Conductual de Autoafirmación ("Behavioral Assertiveness Test", Eisler, Miller y Hersen, 1973; Eisler, Hersen, Miller y Blanchard, 1975), por ejemplo, se les instigó a varios hombres hospitalizados a que respondieran a las interacciones con una asistente del sexo femenino en varias situaciones sociales simuladas (por ejemplo, una persona se coloca delante del cliente cuando éste está en la fila para pagar en un supermercado; le llevan un filete bien cocido al cliente cuando él lo ordenó crudo). Se grabó en una videocinta su conducta y posteriormente se analizó mediante un sistema de codificación que incluía variables tales como la lactancia de respuesta y el acatamiento. En otros estudios (por ejemplo, Bloomfield, 1973; Serber, 1972) no se utilizaron asistentes; el clínico realizaba la situación simulada directamente con el cliente. Es común que esto también se lleve a cabo en el trabajo clínico donde no es factible o puede ser inapropiado emplear asistentes.

Se han utilizado comúnmente los estímulos grabados para evaluar la eficiencia social y la autoafirmación de los estudiantes universitarios (por ejemplo, Arkowitz, Lichtenstein, McGovern y Hiñes, 1975; MacDonald, 1978; McFall y Marston, 1970). En el Cuadro 7-5 se reproducen algunos ejemplos de las situaciones grabadas que se presentan en una versión inicial de la Prueba Conductual de Situaciones Simuladas sobre la Autoafirmación ("Behavioral Role-playing Assertion Test" - BRAT; McFall y Marston, 1970; McFall y Lillesand, 1979). Por lo general, se registran las respuestas de los clientes a estas situaciones y luego se estima su contenido general de autoafirmación, latencia de respuesta, errores de fluidez en el habla, duración de la respuesta y otros factores relacionados. También se han incluido situaciones de una clase semejante en las cintas que se elaboran con el fin de aplicarse con pacientes psiquiátricos internos (por ejemplo, Goldsmith y McFall, 1975; Goldstein, Martens, Hubben, VanBelle, Schaaf, Wiersma y Goedhart, 1973).

Existe incluso una cinta que "contesta la conversación del cliente". Con el propósito de evaluar la firmeza y generalidad de las habilidades de autoafirmación del cliente (especialmente las que implican rechazar las peticiones no razonables), McFall y Lillesand (1971) utilizaron una prueba de la interacción extendida ("Extended Interaction Test") en la cual la negación inicial del cliente a someterse a una exigencia se enfrentaba con una insistencia por parte del antagonista en

Cuadro 7-5 Muestra de las situaciones del BRAT

Narrador: En esta escena, imagínese a sí mismo haciendo cola para comprar un boleto de entrada al cine. Ya tiene 10 minutos en la cola, y la hora en que comienza la película se aproxima. Aún está usted algo lejos de la taquilla, y empieza a dudar si habrá suficientes boletos para la función cuando le toque a usted. Ahí se encuentra, esperando con paciencia, cuando dos personas se acercan a la persona que está delante de usted y empiezan a hablar con ella. Es obvio que todos son amigos y que van a asistir a la misma película. Mira su reloj y se da cuenta de que la función comienza dentro de dos minutos. En ese momento, una de las personas que llegó a saludar a su amiga le dice:

Persona que llegó a saludar: "Oye, la cola está larguísima. ¿Qué te parece si nos metemos aquí contigo?"

Persona que hacía la cola: "Claro, ándele. No importará que unos cuantos más entren."

Narrador: Y mientras las dos personas nuevas se meten en la cola a empujones entre las personas que le preceden a usted, una de ellas lo mira y le dice:

Persona que llegó a saludar: "Discúlpeme, no importa que nos metamos, ¿verdad?"

(Suena un timbre como señal para que el S responda.)

Narrador: Imagínese que esta mañana usted llevó su automóvil a un taller típico, y le dijo explícitamente al mecánico que le practicara una afinación sencilla. Le debió haber cobrado como $800 pesos. Ahora ya es de tarde y acaba de llegar al taller para recoger su automóvil. El mecánico se le acerca.

Mecánico: "Bueno, déjeme hacerle su cuenta. Lo de la afinación fueron $600 pesos por las piezas y $200 de mano de obra. Este, del engrasado y aceite fueron $400 pesos. Del anticongelante fueron $300. Este, de un filtro de aceite nuevo $200. Y por rotar las llantas fueron $250. En total, la suma es de $1,950. ¿Pagará al contado o con tarjeta?"

Fuente: McFall y Marston, 1970.

la cinta que iba escalando (véase el Cuadro 7-6). Se supone que una persona que es capaz de mantenerse invencible a las peticiones repetidas es más autoafirmativa que una que cede después de un intento inicial de resistencia.

La prueba de la interacción extendida proporciona un ejemplo de una de las aproximaciones para evaluar la generalidad de la conducta del cliente por medio de la observación controlada, pero también existen otras. Algunas implican la administración de reactivos nuevos y diferentes a los de las pruebas como el BRAT para medir la amplitud de las situaciones en las cuales un cliente actúa con habilidad o autoafirmación (por ejemplo, Edelstein y Eisler, 1976), mientras otras intentan observar al cliente en los ambientes naturales (por ejemplo, Frederiksen, Jankins, Foy y Eisler, 1976). Debido a que es posible que la primera estrategia no sea realista y que la segunda sea difícil de llevarse a cabo, en los últimos años ha aparecido una tercera aproximación algo controvertida. Implica la creación de un *evento natural preparado* (Gottman y Mark, 1978) que consta de circunstancias observacionales controladas en las que el cliente desconoce que será observado o se le informó falsamente de lo que se trataba. El criterio que subyace este método es obtener una observación de la conducta en un ambiente *controlado* que al cliente

Cuadro 7-6 Segmento de la prueba de la interacción prolongada ("Extended Interaction Test")

Narrador: Te sientes muy presionado por tener suficiente tiempo para estudiar para tu examen que será el viernes por la tarde. Ahora, estás estudiando en tu escritorio, cuando entra un amigo intimo y te dice: "Hola. A qué no sabes. Mis padres me acaban de llamar y me ofrecieron pagarme el boleto del avión para que pudiera pasarla con ellos este fin de semana. Maravilloso, ¿no crees? El único problema es que tendré que faltar a mi clase del viernes por la mañana, y detesto quedarme sin los apuntes; de por sí apenas estoy logrando pasar esa materia. Mira, yo sé que no estás en esa clase, pero me ayudarías un montón si fueras a esa clase el viernes y tomaras los apuntes para que yo pueda irme el fin de semana. ¿Me harías ese favor?

(El S responde. Si se niega. . .)

"Supongo que estoy medio loco por esperar que lo hagas, pero tengo tantas cosas que hacer para prepararme para tomar el vuelo, y no quiero perder el tiempo pidiéndole a otras personas. Ándale, ¿me harás este favor solamente por esta ocasión?"

(El S responde. Si se niega. . .)

"Mira, ¿para qué sirven los amigos si no se ayudan cuando están en apuros? Yo te haría el favor si tú me lo pidieras. ¿Qué dices, me lo harás?" (El S responde. Si se niega. . .)

"Pero yo tenía la *certeza* de que *tú* lo harías. Será horrible si le tengo que llamar a mi gente de nuevo para decirles que no voy. ¿No puedes disponer de únicamente *una* hora para ayudarme?"

(El S responde. Si se niega. . .)

(Con un tono sarcástico.) "Mira, no quiero *imponerme* sobre tu tiempo *precioso.* Nornás dime. ¿Lo harás o tendré que hablarle a mi familia nuevamente? (El S responde.)

Fuente: McFall y Lillesand, 1971.

le parezca *natural* o, en pocas palabras, obtener las ventajas de ambos tipos de observación.

Por ejemplo, McFall (McFall y Twentyman, 1973) ha informado sobre algunos procedimientos creativos para evaluar la generalización, fuera del ambiente del laboratorio, de la autoafirmación de los estudiantes universitarios. Un asistente que pretendía ser compañero de clases de la investigación les habló por teléfono a los clientes que se habían ofrecido como voluntarios para un estudio sobre el entrenamiento autoafirmativo y les hacía siete peticiones, cada vez menos razonables (véase el Cuadro 7-7). La calificación que obtenía cada cliente en esta prueba correspondía al punto en que el cliente cambiaba de una afirmación a una negación en respuesta a la súplica de la persona que hacía la llamada. Después de cada telefonema, se le llamaba nuevamente al cliente para informarle sobre la verdadera naturaleza y propósito de la interacción.

También se ha utilizado una prueba discreta para medir la generalización de las habilidades sociales de los pacientes psiquiátricos internos (Goldsmith y McFall, 1975). En esta prueba, se le pide al cliente que tenga un encuentro con un extraño completo (quien, como es común, en realidad es un "cómplice" del experimentador) y que mantenga una conversación con él. El cliente en esta circunstancia piensa que evaluarán lo bien que cumple con tres tareas: (1) iniciar la conversación (2) pedir a otra persona que almuerce y (3) terminar la conversación. Lo que el cliente no sabe es que "el cómplice está programado para confrontarlo con tres 'momentos críticos': olvidar el nombre del sujeto, responder a la invitación de almorzar con un pretexto que deje abierta la posibilidad de aceptarla para otra oca-

Cuadro 7-7 Segmento de la evaluación telefónica discreta de la autoafirmación

"Hola, ¿puedo hablar con (sujeto)? ¿(Sujeto)? Estás en la materia de instrucción a la Psicología, ¿verdad? Pues, yo soy Tom Blake. No creo que me conozcas, pero yo también estoy en la clase del (Profesor). No conozco a nadie de la clase, asi que tuve que conseguir tu nombre consultando las listas de alumnos que tienen en el departamento de Psicología.

Petición 1: "En verdad siento tenei que molestarte, pero tengo algunas dudas sobre los apuntes de la clase. ¿Crees que me puedes ayudar unos cuantos minutos? (El S responde. Si no se niega. . .)

Petición 2: "Creo que todo lo quee necesito hacer es echarle un vistazo a tus apuntes. ¿Crees que nos podemos poner de acuerdo para que me los prestes?" (El S responde. Si no se niega. . .)

Petición 3: "Pues, en verdad he faltado a algunas clases, así que necesito que me prestes tus apuntes por un rato para pasar lo que me falta. ¿Está bien?" (El S responde. Si no se niega...)

Petición 4: "Pues (sujeto), no he asistido a la clase desde el último examen, asi que probablemente necesite tus apuntes por un par de días. ¿Estarías de acuerdo?" (El S responde. Si no se niega. . .)

Petición 5: "Déjame ver. Tengo que entregar un reporte el miércoles (cinco días antes del examen), así que no podré verlos antes. ¿Me los podrías prestar el jueves?" (El S responde. Si no se niega. . .)

Petición 6: "Ay, ¡espérate tantito! Tengo un examen de química el viernes. ¿Me los podrías prestar después de ese día? Sería tres días antes del examen de Psicología." (El S responde. Si no se niega...)

Petición 7: "Ahora que lo pienso bien, probablemente necesitaré una noche para recuperarme del examen de química, así que si se puede estaría mejor que me los prestaras el sábado, para poderlos estudiar dos días antes del examen? (El S responde.)

Fuente: McFall y Twentyman, 1973.

sión, y decirle 'Platícame acerca de ti durante la primera pausa conveniente de la conversación" (McFall, 1977, p. 168). Gutride, Goldstein y Hunter (1973), Hersen, Eisler y Miller (1974) y Weinman, Gelbart, Wallace y Post (1972) han empleado algunas situaciones preparadas semejantes que implican algún grado de engaño en ambientes psiquiátricos. Por lo general la conducta que se observa a través de estas técnicas accesibles se califica en dimensiones tales como la autoafirmación, el contacto ocular, tranquilidad, habilidad y cordialidad.

Ya que este tipo de observación implica el engaño y una posible invasión de la vida privada, se debe planear con gran cuidado y el debido respeto al bienestar y dignidad del cliente. Los proponentes de este tipo de observación no controlada han reconocido sus peligros potenciales y han intentado evitarlos (por ejemplo, Hersen y Bellack, 1977) e insisten en que es posible que su valor se limite a la medición de ciertas conductas específicas (como el rechazo) en lugar de las habilidades de interacción social más complejas (por ejemplo, McFall, 1977).

Mediciones de ejecución En la mayoría de las observaciones controladas que se describieron en la sección anterior, se le pide al cliente que responda "como si" una situación o acontecimiento realmente estuviese ocurriendo. Sin embargo, existen otros procedimientos en los cuales el cliente se enfrenta verdaderamente con alguna versión de una situación que es clínicamente importante y se observa su conducta. Algunas de estas observaciones se centran en la interacción social. Se puede solicitar al cliente que establezca una conversación auténtica con una persona cuya respuesta no se ha programado en ninguna forma especial (por ejemplo, Argyle, Bryant y Trower, 1974) o se puede plantear un tema a una pareja para que lo comente (por ejemplo, Gottman, Markman y Notarius, 1977). Se puede observar el estilo de interacción de una madre con su hijo durante algún juego (por ejemplo, Wahler, Winkel, Peterson y Morris, 1965), la cooperación en una tarea estructurada (por ejemplo, Santostefano, 1968), u otras actividades (por ejemplo, Smith, 1958; White y Watts, 1973).

Las observaciones controladas de las ejecuciones también se han centrado en las conductas de consumo, como comer, ingerir bebidas alcohólicas, o fumar. Por ejemplo, se ha registrado el estilo de comer (por ejemplo, cantidad, velocidad, preferencias) de los individuos normales u obesos durante una comida o bocadillo que se ofrece en un laboratorio u otro ambiente controlado (por ejemplo, Abramson y Wunderlich, 1972; Nisbett, 1968; Schachter y Gross, 1968). Se ha observado la conducta de los alcohólicos y las personas que beben alcohol sin problemas en "bares" especialmente construidos (véase la Figura 7-7) o salas ubicadas en los hospitales (por ejemplo, Miller, Hersen, Eisler y Hilsman, 1974; Miller, Becker, Foy y Wooten, 1976; Sobell, Schaefer y Mills, 1972; Williams y Brown, 1974), y se han observado minuciosamente los detalles del uso de cigarrillos (tasa de inhalación, profundidad de la inhalación, cantidad de inhalaciones) de los voluntarios que fumaban mientras se les observaba en ambientes sociales simulados (por ejemplo, Frederiksen, Miller y Peterson, 1977).

Otra medición importante de ejecución llevada a cabo en ambientes controlados y que cada vez es más popular es el registro de la actividad fisiológica (por

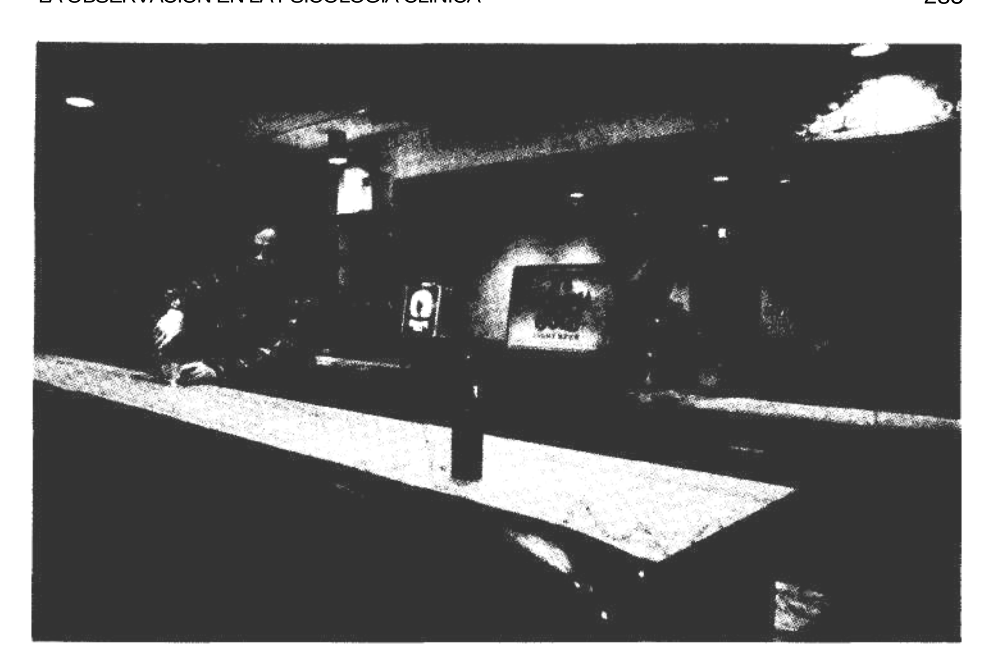


Figura 7-7 Un sistema de cantina ubicado en un ambiente de hospital. *(Cortesía de* G. *Alan Marlatt. Reimpreso con permiso.)*

ejemplo, ritmo cardiaco, respiración, presión sanguínea, respuesta galvánica de la piel, tensión muscular y ondas cerebrales) que aparecen en relación con varios estímulos y situaciones. Este tipo de evaluación observacional se presenta en casi toda la literatura clínica (consúltense las revisiones de Epstein, 1976; Kallmann y Feuerstein, 1977; Kopell y Rosenbloom, 1975); Lang, 1971). Malmo, Shagass y David (1950) proporcionan un ejemplo inicial de estos procedimientos; presentaron una película acerca de los dolores de cabeza a una cliente que sufría de un problema agudo de dolores de cabeza y midieron un aumento en la tensión de su músculo frontal mientras veía la película. R. S. Lazarus (1967) estudió las reacciones al "stress" registrando una variedad de respuestas fisiológicas de algunos sujetos voluntarios mientras observaban una película gráfica acerca de los rituales primitivos de la circuncisión.

En años más recientes, los clínicos han comenzado a estudiar los efectos de los estímulos eróticos comunes y raros (presentados a través de una película, videocinta, transparencias, o grabadora) sobre los diferentes índices de excitación sexual, inclusive el volumen del pene y flujo sanguíneo en la vagina (por ejemplo, Barlow, Becker, Leitenberg y Agras, 1970; Geer, 1977; Sintchak y Geer, 1975; Zuckerman, 1971). Se han utilizado de manera extensa estas mediciones para la evaluación de la conducta sexual problemática (por ejemplo, Abel, 1976; Barlow, 1977). La Figura 7-8 presenta una gráfica de la erección del pene de un cliente en respuesta a las grabaciones que describían tres tipos de objetos fetichistas del pie y sandalia.

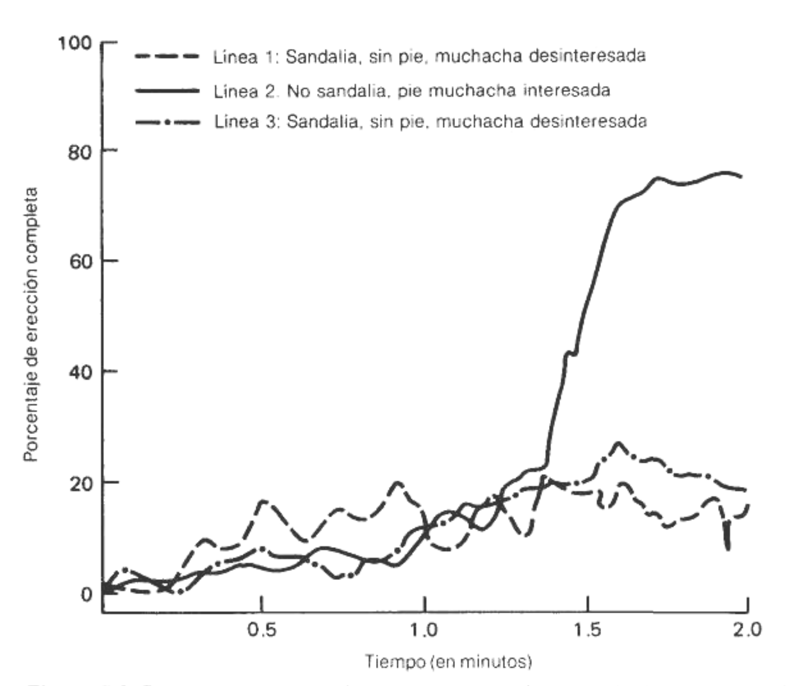


Figura 7-8 Respuesta de erección a diferentes estímulos relacionados con el pie. *(Abel, G.G., Blanchard, E.B., Barlow, D.H. & Mavis sakalian, M.* Journal of Applied Behavior Analysis, *1975, 8. 247-260. © 1975 por la Society for the Experimental Analysis of Behavior, Inc. Reimpreso con permiso.) miso.)*

La evaluación de la fisiología del miedo en los ambientes controlados también ha ocupado una gran parte de la investigación clínica. En un estudio clásico, Paul (1966) utilizó las mediciones del ritmo cardiaco y cantidad de sudoración inmediatamente antes de que los sujetos dieran una conferencia para identificar a los clientes que tenían ansiedad por hablar en público. Se repitieron estas mediciones después de una serie de tratamientos con el fin de obtener una mejor evaluación de sus efectos. Las revisiones de Borkovec, Weerts y Bernstein (1977) y Lang (1977) incluyen la amplia variedad de evaluaciones que existen sobre la ansiedad.

Probablemente la medición de ejecución en las observaciones controladas más popular es aquélla cuyo propósito es evaluar la ansiedad manifiesta en relación con varios objetos y situaciones. Por lo común estos procedimientos se llaman *pruebas conductuales de evitación* (Behavioral Avoidance Tests" - los BAT) debido a que enfrentan al cliente con el evento o cosa que éste teme y luego se registra el tipo y grado de evitación que manifiesta. Desde la década de 1920 ya se habían experimentado procedimientos como el BAT, pero más informales, con niños (por ejemplo, Jones, 1924), pero no fue hasta el inicio de la década de 1960 cuando los procedimientos sistemáticos para evaluar la evitación se convirtieron en una forma común de la evaluación observacional controlada. A.A. Lazarus (1961) fue uno de los primeros clínicos que observaron muy cuidadosamente las

reacciones de los clientes a la presentación controlada de los estímulos que les provocaban miedo (tales como la altura y los lugares encerrados) en un BAT, pero Peter Lang desarrolló el prototipo experimental del procedimiento.

En un estudio sobre los efectos de la desensibilización sistemática (véase el Cap. 10) sobre la fobia de las víboras, Lang y Lazovik (1963) pidieron a cada uno de sus clientes que entraran en un cubículo donde se encontraba una víbora grande que no hacía daño en una jaula y que se acercaran, tocaran y levantaran al animal. A los clientes se les dio una calificación basada en si pudieron observar, tocar o detener la víbora. En las versiones subsecuentes del BAT se han utilizado muchos otros estímulos que provocan miedo (por ejemplo, ratas, arañas, cucarachas, perros) y el sistema de codificación basado en si el cliente observaba o levantaba el estímulo se ha substituido mediante algunas técnicas de medición más elaboradas y elegantes. Estas incluyen el registro de la distancia (en metros) más cercana que puede tomar el cliente en relación con el estímulo temido, cantidad máxima de interacción que logra (véase el Cuadro 7-8), tiempo que se tarda desde que entra al cubículo de prueba y tiene algún contacto físico con el estímulo, conductas manifiestas durante la prueba (véase la Tabla 7-4), y los cambios en la excitación fisiológica (por ejemplo, el ritmo cardiaco, respiración, respuesta galvánica de la piel). Por lo general, se le pide al cliente que se aproxime al estímulo que le provoca miedo, pero en algunas ocasiones, los BAT se planean de tal forma que solamente miden el tiempo en que el cliente puede ver el estímulo (por ejemplo, Ruther y Pear, 1972) o la distancia a la que permite el cliente que se le acerque el estímulo a él (por ejemplo, Levis, 1969).

También se han desarrollado algunas pruebas controladas de ejecución para evaluar el miedo que se tiene a algunas *situaciones* en lugar de a pequeños anima-

Cuadro 7-8 Escala de aproximación para el empleo del BAT sobre la observación de una víbora

0	Se niega a entrar.
1	Camina hasta la mitad del camino hacia la jaula.
2	Se para enfrente de la jaula.
3	Alza la mano y brazo en dirección de la jaula pero sin tocarla.
4	Toca la jaula con una mano.
5	Toca la jaula con la dos manos.
6	Mete cualquier parte de una de sus manos adentro de la jaula.
7	Mete cualquier parte de sus dos manos adentro de la jaula.
8	Toca la víbora con una mano.
9	Toca la víbora con sus dos manos.
10	Agarra la víbora con ambas manos.
11	Agarra la víbora con una mano.
12	Levanta la víbora con una mano.
13	Levanta la víbora con ambas manos.
14	Saca cualquier parte de la víbora de la jaula con una mano.
15	Saca cualquier parte de la víbora de la jaula con ambas manos.
16	Saca el animal completo de la jaula con una mano.
17	Saca el animal completo de la jaula con ambas manos.

Tabla 7-4 Lista BAT conductual programada para la observación de una víbora

Conducta observada	Periodo de observación 1	2	3	4	5	6
1 Aproximación indirecta, titubeante						
2 Movimiento extemporáneos de las manos y brazos						
3 Rigidez en los brazos						
4 Manos restringidas (en los bolsillos, detrás de la espalda, cruzadas)						
5 Temblor en las manos						
6 Músculos faciales tensos (''tics'' o gestos) o ausencia completa de expresión						
7 Cara pálida o sonrojada						
8 Se humedece los labios o se los muerde						
9 Respira con inhalaciones pesadas						
10 Traga con dificultad						
11 Suda						
12 Verbalizaciones ''negativas'' (gemidos, etc.)						

Basado en *Paul (1966).*

les. La utilización de conferencias preparadas por parte de Paul (1966) con el objeto de evaluar la incomodidad del cliente acerca de hablar en público fue un ejemplo inicial de este tipo de evaluación. Otros ejemplos consisten en pedirles a las personas que tienen miedo a las alturas o lugares cerrados a que se trepen por las escaleras de emergencia o se sienten en un pequeño cubículo obscuro de prueba (por ejemplo, Miller y Bernstein, 1972; Ritter, 1970).

ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN OBSERVACIONAL

En años recientes los métodos observacionales se han vuelto cada vez más populares como instrumentos para la medición en la psicología clínica. Esto se debe en parte al hecho, como se mencionó en el Capítulo 4, de que la observación directa y objetiva de la conducta puede evitar muchos de los problemas en las inferencias que reducen la confiabilidad y validez de algunos procedimientos tradicionales de la entrevista y las pruebas. Entre los proponentes más entusiastas de la evaluación observacional se encuentran los teóricos, investigadores y clínicos con una orientación basada en el aprendizaje social, quienes discuten enérgicamente que esta aproximación proporciona la perspectiva más realista de las conductas del cliente que precisamente tienen la mayor importancia clínica en la compren-

sión y modificación de los problemas humanos que causan sufrimiento (por ejemplo, Bandura, 1977; Bersoff, 1973; Bijou y Peterson, 1971; Mischel, 1973).

De hecho, en algunas ocasiones se hace el símil de las observaciones con unas fotografías, las cuales ofrecen un retrato preciso de la conducta humana. Pero así como la fotografía de una determinada escena es un producto de la misma escena, el equipo que se emplea, las técnicas del fotógrafo, y el proceso de revelación, muchos factores aparte de la conducta de los clientes determinan los datos que se obtienen de los procedimientos observacionales (Kent y Foster, 1977). Como se verá más adelante, algunos de estos factores pueden realmente distorsionar el retrato de la evaluación. Se debe entender claramente, por lo tanto, que la simple acción de observar la conducta humana no establece de manera automática que los datos que resulten sean confiables y válidos (Cone, 1977).

Para ejemplificar lo anterior, considérese una situación hipotética en la que un clínico o investigador que está tratando a una pareja matrimonial con problemas decide incluir los procedimientos observacionales como una parte de una iniciativa general para evaluar los problemas. Se prepara una situación controlada en la que se le pide a la pareja que platique acerca de uno de sus problemas e intente resolverlo mientras se le observa y se graba la interacción en una videocinta a través de una cámara de Geseell. Posteriormente, algunos observadores entrenados califican la cinta mediante algún tipo de sistema de codificación o calificación. Como resultado, se obtendría un resumen del comportamiento de la pareja (por ejemplo, "la pareja pasó el 63 por ciento de la sesión en interacciones negativas; la pareja obtuvo una calificación de 9 en una escala de 10 puntos sobre el nivel de sufrimiento") y se le puede acompañar de una sugerencia explícita o implícita acerca de que este resultado constituye una muestra dé la manera cómo el esposo y la esposa se relacionan entre sí. Desde luego un procedimiento observacional como el anterior es válido y obviamente objetivo, ¿pero es necesariamente confiable y válido?

Confiabilidad de la evaluación observacional

La primera interrogante que se debe responder acerca de los datos obtenidos a través de la observación directa es: "¿Son confiables estos datos?". Por lo general, esto se refiere al punto sobre el *acuerdo entre los calificadores.** ¿Hasta qué punto otorgan las mismas calificaciones, puntajes o conclusiones acerca de la conducta que observaron dos o más observadores? Si el grado de acuerdo entre los observadores es bajo, de tal manera que la interacción hipotética entre la pareja matrimonial fuese caracterizada de diferentes maneras por diferentes personas, no se puede tener mucha confianza en la observación. El evaluador tendría que "creerle" a un determinado observador o promediar los datos de todos los observadores de alguna manera. Ninguna de las dos opciones es muy atractiva debido a

[4]Desde luegos, las preguntas acerca de los procedimientos "split half" (comparación entre mitades) o de forma paralela son menos importantes y la confiabilidad "test-retest" (comparación de 2 aplicaciones de la prueba) tendría una mayor importancia sólo para la observación de las conductas que se espera no cambien mucho por un espacio de tiempo.

que (1) por lo general no se tienen bases suficientes para confiar en un observador en particular, y (2) los promedios de los puntajes que discrepan entre sí por grandes cantidades representan una realidad matemática pero no una conductal (es posible que los puntajes *promedio* de la pareja, a partir de las observaciones que no son confiables, no reflejen en absoluto su conducta).

La confiabilidad de los sistemas modernos clínicos de observación que emplean observadores entrenados por lo general es muy alta; no son nada raros los coeficientes de 0.80 a 1.00 (por ejemplo, Paul y Lentz). Aun cuando los clientes observan su propia conducta a través del automonitoreo, el grado de acuerdo entre sus datos y los de los observadores externos en algunas ocasiones es de 0.90 (Kazdin, 1974). Sin embargo, no siempre aparecen estas cifras gratificantes (especialmente en los estudios de automonitoreo), y cuando así se obtienen coeficientes altos se deb.e a que el evaluador clínico ha estado consciente de muchos de los peligros que amenazan la confiabilidad de los datos observacionales y los ha evitado con éxito.

Complejidad de la tarea Por ejemplo, la complejidad de la tarea de los observadores puede afectar el grado hasta el cual concuerdan en sus datos. Si los observadores deben realizar muchas discriminaciones difíciles para el registro, codificación, o calificación de su propia conducta o de las demás personas, la confiabilidad probablemente será menor que si se requiere una cantidad menor de juicios más fáciles (por ejemplo, Arrington, 1932, Cavior y Marabotto, 1976; Epstein, Miller y Webster, 1976; Johnson y Bolstad, 1973; Jones, Reíd y Patterson, 1975; Mash y McElwee, 1974; Thomas, Loomis y Arrington, 1933). En el caso de la pareja matrimonial imaginaria, esto significa que es más probable que el clínico obtenga datos observacionales confiables si utiliza un sistema de codificación de 15 categorías en lugar de uno de 100 categorías; la observación también será más confiable si los clientes no están ocupados en una gran cantidad de respuestas de corta duración que se suceden rápidamente.

Conocimiento del análisis de la confiabilidad Otro factor que puede afectar la confiabilidad es el conocimiento de los observadores acerca de que se está registrando el grado en que están de acuerdo. Cuando se entrena por primera vez a las personas a emplear un sistema particular de observación éstas tienden en verdad a esforzarse durante las sesiones de práctica y a prestar mucha atención a la tarea, debido a que evidentemente se les está evaluando el rendimiento. Posteriormente, cuando se recopilan los datos "verdaderos" los observadores pueden volverse más descuidados, especialmente si creen que nadie estará analizando el grado de confiabilidad (por ejemplo, Reid, 1970; Romanczyk, Kent, Diament y O'Leary, 1973); Taplin y Reid, 1973). Lo mismo se puede decir en el caso de los clientes que registran su propia conducta (por ejemplo, Lipinski, Black, Nelson, Ciminero, 1975). Parece que la mejor protección en contra de una confiabilidad disminuida que surja a partir de este problema es el análisis azaroso de la ejecución de los observadores. Por lo tanto, el clínico en el ejemplo previo

deberá decir a los observadores que se analizará la concordancia entre sus datos acerca de la conducta de la pareja que observen de vez en cuando, pero que ello no sabrán en qué momento se efectuará el análisis (Taplin y Reid, 1973).

Entrenamiento de los observadores El entrenamiento que reciban los observadores también puede afectar la confiabilidad. Supóngase, por ejemplo, que se les pide a los observadores que registren la risa como una categoría de su sistema de codificación, pero que no se les ofrece una definición de la risa. Un observador puede contar el número de carcajadas pero no las risas sutiles, mientras que el otro puede incluir todo desde una sonrisa con la respiración alterada hasta las carcajadas violentas que producen dolor de estómago. Es obvio que en este caso la confiabilidad se verá limitada. Los autores han encontrado que, al entrenar a los observadores en la utilización de los esquemas de codificación que se presentan en el Cuadro 7-8, no se logró una confiabilidad satisfactoria hasta no haber estudiado de manera cuidadosa cada reactivo y no haber obtenido una definición clara. Cuando se permite que los observadores definan ellos mismos lo que significan determinadas categorías de codificación o, lo que es peor, se les deja que definan algunos constructos globales (como "hostil" o "contento"), la confiabilidad de los datos observacionales decae en una forma dramática (por ejemplo, Hawkins y Dobes, 1977).

Ni siquiera los coeficientes altos de confiabilidad implican siempre que los observadores estén empleando de una manera consistente un sistema de observación. Dicho de una forma llana, en algunas ocasiones los observadores hacen trampa, especialmente cuando desean complacer a la persona que los contrató o cuando no se les supervisa. Por lo general esto se presenta en tanto que se alteran los puntajes con el fin de aumentar el grado de concordancia (por ejemplo, O'Leary y Kent, 1973). Es obvio que sería muy sabio por parte del clínico en el ejemplo previo que supervisara la codificación de la, conducta de la pareja y procurara que personas diferentes de los observadores calculen su coeficiente de confiabilidad.

Otra situación en la cual las confiabilidades altas pueden distorsionar la situación es cuando ocurre un "cambio de dirección en los observadores" (Johnson y Bolstad, 1973; O'Leary y Kent, 1973). Cuando los observadores trabajan juntos en parejas o grupos que no se rotan, tienden a formar su propia versión particular con la cual todos están perfectamente de acuerdó acerca del sistema dé codificación o calificación, de tal forma que cada pareja o grupo pequeño "cambia en una dirección" diferente de los demás. Dentro de cada pareja o grupo, la confiabilidad puede ser muy alta, pero si se distribuyen los grupos o parejas de una manera diferente o si se calcula la confiabilidad entre las diferentes parejas o grupos, el acuerdo entre los observadores sería mucho menor (por ejemplo, Kent, O'Leary, Diament y Dietz, 1974). El clínico puede combatir este problema por medio de una rotación constante de las parejas de observadores o un repaso periódico del entrenamiento de todos los observadores (Johnson y Bolstad, 1973; Kent y Foster, 1977.

Interpretación de las cifras de confiabilidad Todavía surge otra pregunta cuando se descubren cifras o coeficientes altos de confiabilidad: ¿Cómo se calcularon? Existen muchos temas matemáticos complejos que se ven implicados en este asunto y que alejarían al lector del análisis presente (consúltese a Hartmann, 1977 y a Kent y Foster, 1977 para obtener estudios detallados), pero básicamente se relacionan con las preguntas acerca de lo que significa un coeficiente de confiabilidad.

Por ejemplo, supóngase que el clínico en el ejemplo informa de un acuerdo entre los observadores del 95% del tiempo. De acuerdo con la manera como se calculó esta cifra podría significar que hubo una gran concordancia en lo que *vieron* los observadores o en lo que *no* vieron. Si la "concordancia" se registra exclusivamente cuando dos observadores registran la ocurrencia de la misma conducta al mismo tiempo, de hecho el 95% sería impresionante. Sin embargo, si la concordancia también significa que cada uno de los dos observadores *no* registró la ocurrencia de una conducta determinada, estaría inflado el porcentaje de concordancia por accidente o debido a otros factores. En un caso extremo, los dos observadores podrían estar dormidos y estarían perfectamente de acuerdo en que la conducta no se presentó.

En la actualidad se cuenta con varios procedimientos matemáticos para controlar o corregir este tipo de problemas, pero aún no se emplean de una manera tan uniforme como para que se pueda confiar a fe ciega en todas las cifras de confiabilidad que cita la literatura de evaluación observacional (Kant y Foster, 1977). Para resumir, la concordancia entre los observadores en la observación clínica puede ser extremadamente alta, pero se debe aplicar al esfuerzo y la precaución para lograr y mantener niveles satisfactorios y significativos.

Validez de la evaluación observacional

El siguiente conjunto de interrogantes que se debe plantear acerca de los procedimientos observacionales se relacionan con la validez: ¿Estos procedimientos están midiendo lo que se supone que deben medir y con qué eficiencia lo están haciendo? A primera vista, la observación directa de la conducta del cliente aparentemente ocuparía el primer lugar con respecto a la validez entre todas las aproximaciones de evaluación clínica. En lugar de escuchar a alguien relatar sobre su conducta o la de otra persona a través de la entrevista u otras pruebas, el clínico que emplea la observación puede realmente observar el comportamiento en sí. De hecho, existe una cantidad considerable de evidencia que indica que algunos tipos de observación inmediata o retrospectiva proporcionan una imagen mucho más útil de la conducta actual y futura del cliente que algunas pruebas o entrevistas (por ejemplo, Fiske, 1978; Lanyon y Goodstein, 1971; Mischel, 1968). Por lo menos, la observación ofrece datos de evaluación que no se disponen por medio de otras fuentes.

Sin embargo, hasta cierto punto el entusiasmo por la modalidad *directa* de la observación clínica ha tendido a provocar que se le reste importancia a la comprobación de su *validez* en los términos tradicionales (Johnson y Bolstad,

1973). A final de cuentas, si se *observa* la agresión de la pareja casada en el ejemplo, ¿no se está *midiendo* la agresión, y no es eso suficiente como para establecer la validez de la técnica observacional empleada? La respuesta solamente es afirmativa si se puede demostrar que (1) las conductas que se codificaron (por ejemplo, levantar la voz o las manos) constituyen una definición satisfactoria y funcional de la agresión, (2) los datos reflejan de una manera fiel la naturaleza y el grado de agresión que se presentó durante la observación, y (3) las conductas observadas de los clientes representan sus reacciones en situaciones semejantes de importancia clínica y que no se observaron.

A menudo, se cumplen estos criterios de manera satisfactoria. Cuando varios observadores no partícipes ven que un niño en repetidas ocasiones ataca de manera violenta y peligrosa y sin ser provocado a sus hermanos y compañeros en la casa y en la escuela, y cuando estos datos concuerdan de manera detallada con los informes verbales de los padres y maestros, sería difícil poner en tela de juicio la validez de los datos observacionales. Sin embargo, en otros casos, no se cumple tan fácilmente con los requisitos para el establecimiento de la validez de la observación. Se deben abordar muchas dudas y temas antes de que se tenga una plena confianza en que mediante la observación se obtiene un panorama válido de los aspectos de la conducta del cliente que son de importancia clínica.

Definición de las conductas observacionales Es probable que el tema central relacionado con la validez de la evaluación basada en las observaciones implica la aclaración de aquello que se va a medir. Lo más común es que cuando un clínico se propone desarrollar un sistema de observación para las conductas, digamos, de autoafirmación o depresión, emplee un método de aproximación racional, como el que se describió en el Capítulo 6. El evaluador le indica a los observadores las conductas en que se deben fijar y codificar, y con bastante frecuencia la denominación de estas conductas se basa en la manera cómo el clínico considera que se puede detectar la autoafirmación o depresión en la conducta. Por tanto, las decisiones básicas sobre la medición, tales como qué conductas o aspectos de la conducta (por ejemplo, frecuencia, intensidad, duración) se deben codificar o calificar y cómo se definirán, a menudo "reflejan los caprichos y hábitos del investigador particular" (Kent y Foster, 1977, p. 319). Como resultado cada clínico o investigador puede afirmar que él está observando la autoafirmación o depresión cuando, de hecho, cada uno puede estar midiendo cosas muy diferentes.

Por ejemplo, un clínico puede evaluar la conducta autoafirmativa observando la habilidad de los clientes para negarse a aceptar las peticiones no razonables de los demás, mientras que otro se centra más en la habilidad para expresar directamente el sentimiento positivo. Hasta cierto punto, esto refleja un problema en la definición, el cual es posible que jamás se resuelva de manera satisfactoria para todos, pero es importante preguntar qué es lo que el sistema de observación comunica acerca del cliente. Si el sistema se centra en la frecuencia de parpadeos como una definición de la conducta depresiva, puede proporcionar una perspectiva muy confiable acerca del parpadeo del cliente, pero probablemente es

un índice muy inadecuado de cómo la mayoría de la gente define la depresión.

Una manera como se puede evaluar la validez de una observación consiste en responder a la pregunta, "¿Con qué se relaciona?" ¿Decrece la frecuencia del parpadeo cuando el cliente informa que se siente mejor? Cuando las personas reciben malas noticias, ¿aumenta la cantidad de veces que parpadean en un determinado periodo? Si en realidad se está observando el fenómeno que interesa, deben surgir algunas relaciones sensibles de este tipo (Cronbach y Meehl, 1955). Si, por otro lado, simplemente *se presupone* que un sistema de observación capta de manera automática una representación significativa de la depresión, autoafirmación, o cualquier otra conducta, el clínico corre el riesgo de recopilar muestras de la conducta con poca o ninguna importancia fuera del caso de una medición. Es sorprendente que se le haya prestado tan poca atención a este problema tan serio, pero en parte se debe, como se notó previamente, a que la validez de la observación parece tan obvia.

Aun así, se han realizado algunos esfuerzos para validar de una manera formal la evaluación basada en las observaciones. Jones, Reid y Patterson (1975) resumen una serie de estudios que se elaboraron con el fin de explorar la relación entre determinadas categorías de su Sistema Conductual de Codificación ("Behavioral Coding System"; BCS) y otras variables. Por ejemplo, con el propósito de asegurarse de que las personas que normalmente convivían con varios niños también percibían como "nocivas" o "desviadas" las conductas de los niños que se codificaban de esa forma a través del BCS, se les pidió a las madres que calificaran el grado de "desviación" de todas las categorías del BCS (se tratara o no de un comportamiento nocivo). Como resultado se confirmó la naturaleza nociva de las conductas que se encontraban en las categorías de "nocivas". En otros estudios, se compararon los datos de "conducta desviada" con las calificaciones de las madres con respecto a las conductas nocivas de sus hijos y los cambios en los datos del BCS se relacionaron con la aplicación de varios procedimientos de tratamiento. Jones, Reid y Patterson (1975) también describen la investigación que demuestra que los niños que otras personas (por ejemplo, funcionarios de la escuela) habían identificado como agresivos, de hecho se consideraron agresivos por medio del BCS.

Algunos investigadores han abordado el asunto de la validez al intentar la elaboración de su sistema observacional de una manera empírica en vez de racional. Por ejemplo, en lugar de decidir antes de tiempo (y quizá de una manera incorrecta) qué conductas particulares reflejan la autoafirmación o depresión o ansiedad, un observador puede codificar casi todas las conductas del cliente que se manifiesten durante las observaciones. Posteriormente, surgirán los patrones en la conducta que se correlacionan con otros datos (por ejemplo, informes de la conducta propia, excitación fisiológica, documentos históricos, relatos de terceras personas) acerca de las reacciones del cliente a la situación observada y otras situaciones relevantes. Si un patrón particular de la conducta que se observa (por ejemplo, temblar o lloriquear) se asocia con los puntajes altos en otros tipos de mediciones elaboradas para estimar la ansiedad, con mayor confianza se les

puede referir a ese patrón conductual como un reflejo de la "ansiedad" que si el evaluador simplemente hubiera decretado que el temblor y lloriqueo representaban la ansiedad. Si, además, la conducta "ansiosa" aumenta o disminuye bajo circunstancias que son más o menos tensas o cambia favorablemente después de algún tipo de tratamiento, la evidencia que apoya el significado de ansiedad de la conducta se vuelve aún mayor. Kleinknecht y Bernstein (1978) utilizaron esta aproximación para desarrollar un sistema de observación que midiera el temor de los pacientes mientras estaban en un consultorio dental.

Una estrategia aún más elaborada y elegante para otorgarle validez a un sistema observacional es la que incluyen Goldfried y D'Zurilla (1969) en el modelo *conductual-analítico*. En este caso, el evaluador primero explora de manera cuidadosa el constructo que se mida y luego ajusta minuciosamente la observación a ese constructo. El mejor ejemplo de un sistema de observaciones basado en esta estrategia es el cuestionario de muestreo de autoafirmación para mujeres universitarias ("College Women's Assertion Sample") de MacDonald (1978). Con el fin de observar la presencia o ausencia de la autoafirmación bajo ciertas circunstancias controladas, MacDonald (1978) inicialmente les pidió a las mujeres universitarias que describieran algunas situaciones en las que ellas consideraban que podría ocurrir la conducta autoafirmativa. Como resultado de este sondeo obtuvo 800 ejemplos. A partir de estos, retuvo 52 de las situaciones que eran más claras y que se habían mencionado con mayor frecuencia y les pidió a un nuevo grupo de mujeres universitarias que calificaran la autoafirmación de más de una docena de respuestas posibles a cada situación. Las respuestas que recibieron calificaciones uniformes se convirtieron en ejemplos de sumisión, autoafirmación y agresión. Con todos estos datos a la mano, MacDonald (1978) hizo una cinta grabada con las 52 situaciones y les pedía a sus clientes de edad universitaria que actuaran sus respuestas (to role-play responses) a cada una, con el conocimiento de que esta observación controlada contenía estímulos muy relevantes y un sistema de codificación que reflejaba lo que muchas personas en realidad piensan acerca de lo que es la autoafirmación

Debido a que los procedimientos conductual-analíticos son tan minuciosos y requieren tanto tiempo, solamente existen otros cuantos ejemplos de su utilización en el desarrollo de los sistemas de observación (por ejemplo, Goldsmith, 1973). Sin embargo, a medida que crezca la utilización de las observaciones clínicas, éstas y otras técnicas cuyo propósito es aclarar y sistematizar exactamente aquello que se pretende medir mediante la evaluación observacional se volverán más comunes.

Efectos sobre el observador Independientemente del grado de confiabilidad que alcancen los observadores, también deben ser lo más objetivos y precisos que sea posible acerca de lo que ven si es que sus datos se han de considerar válidos (véase Waller y Leske, 1973). Sin embargo, nadie es perfecto y por lo tanto al clínico o investigador le preocupan varias cosas acerca de sus observadores. En primer lugar, se tiene el problema del *error* del observador. Así como es posible que un entrevistador o examinador por alguna razón registre o recuerde ciertas

respuestas del cliente de una manera más precisa que otras, un observador puede cometer errores. Por ejemplo, Kennedy y Uphoff (1966) encontraron que hasta en una tarea sencilla como registrar los aciertos de los sujetos en un experimento sobre la percepción extransensorial, ocurrían errores el 1.13 por ciento de las veces. Rosenthal (1966) describe una cantidad mayor de datos de este tipo.

En segundo lugar, el *prejuicio* o tendencias particulares del observador pueden comprometer la calidad de los datos de la observación. Los seres humanos no son aparatos registradores perfectos. Es posible que vean cosas que objetivamente no estén presentes, debido en parte a que como subrayó la escuela gestalt, los seres humanos tienen una tendencia perceptual de "completar" o "cerrar" los patrones incompletos de estímulo (véase la Figura 3-4). Por consiguiente, un observador puede *ver* que un niño alzó la mano en dirección de otro niño, pero *registrar* que la conducta consistió en pegar a otro niño en lugar de levantar la mano. Es posible que la acción de pegar jamás haya ocurrido, excepto en la mente del observador.

En un artículo titulado "Hasta no ver no creer", Johnson (1953) ofrece un relato acerca de un radiólogo que concluyó que un botón que se observaba en una radiografía había estado en el chaleco de un paciente cuando, de hecho estaba atorado en la garganta del paciente. Es probable que este acontecimiento sucediera debido a que, como dice Rosenthal (1966, p. 6) "los botones se presentan como mayor frecuencia en los chalecos que en las gargantas", Johnson (1953), p. 79) finalizó: "Nuestras suposiciones definen y limitan lo que miramos, es decir, nos inclinamos por ver las cosas de una manera que se adjunten a nuestras suposiciones aun cuando ello implique alguna distorsión u omisión." En el estudio de Kennedy y Uphoff (1939) que se citó anteriormente, los errores de los observadores no ocurren de manea azarosa. Los observadores que creían en la telepatía cometieron el 71.5% más de errores lo cual produjo un *aumeto* en lo puntajes de telepatía de los sujetos, en comparación con una *disminución* en los que no creían en la telepatía. Carpenter (1977), Rosenthal (1966) White (1977) revisaron una mayor cantidad de evidencias sobre este aspecto.

Los prejuicios del observador pueden someter a la distorsión hasta los documentos históricos, que parecen claros y objetivos. Por ejemplo, si a una maestra de primaria le desagrada un determinado alumno por un motivo poco importante y no relacionado con la clase, es posible que el niño se convierta en un "problema de disciplina" debido a que la maestra presta demasiada atención a cualquier violación menor de los reglamentos que cometa el niño y a menudo solicita un consejero, subdirector u otra autoridad de la escuela para que le ayuden a "corregir a este niño". Toda la atención especial que el niño reciba en la escuela aparecerá en sus documentos académicos, mientras que es probable que se omita el prejuicio original de la maestra. Por consiguiente, esta distorsión de la situación se "petrificará" en los documentos, de tal forma que ejerza una influencia importante sobre las impresiones de los maestros, consejeros escolares y psicólogos clínicos de los años subsiguientes en repetidas ocasiones y de manera acumulativa (consúltese a Rosenthal y Jacobson, 1968).

Aun cuando se suponga la ausencia de errores o prejuicios significativos en los documentos existentes, nadie puede garantizar que se leerán con una objetividad absoluta debido a que es posible que el clínico actúe de una manera apasionada. Puede impresionarse por algunos datos (por ejemplo, de la cárcel) mientras que puede pasar por encima de otros (por ejemplo, los trofeos atléticos, las menciones). Una fuente importante que ocasiona el prejuicio de los observadores se encuentra en la formación que reciba antes de observar a los clientes. Supóngase que unos momentos antes de realizar su primera sesión de observaciones, un clínico le diga a sus observadores que los clientes que van a evaluar "pelean como perros y gatos". En determinadas circunstancias, esta afirmación podría hacer que los observadores "vieran" la hostilidad cuando ésta en realidad no se presentara.

Los efectos de este tipo de información tendenciosa pueden ser particularmente mayores si se les pide a los observadores que realicen calificaciones a afirmaciones amplias y generales acerca de la conducta. En un ejemplo de este fenómeno que es bastante conocido, se pidió a unos psiquiatras y estudiantes de grado que escucharan una entrevista grabada en la que un actor hacía el papel de un hombre con una adaptación normal y perfecta (Temerlin, 1968). Cuando lo escucharon bajo condiciones neutrales, el 57% de los observadores calificó al "cliente" como mentalmente "sano", mientras que el 43% consideró que estaba "neurótico". Nadie pensó que estaba psicótico. Sin embargo, las respuestas reflejaron una gran tendencia si a los sujetos se les describía que la grabación era de un "hombre perfectamente sano" o de una persona que "se ve neurótico pero que en realidad está bastante psicótico". En el primer caso, el 100% de los que escucharon la cinta juzgaron que el "cliente" estaba "sano". En el segundo caso, en promedio casi el 30% diagnosticó al hombre como "psicótico", y más del 60% consideró que estaba "neurótico".

En un estudio sobre las observaciones visuales y las descripciones globales (Rapp, 1965, citado por Johnson y Bolstad, 1973), ocho parejas de personas observaron a un niño en una guarderia. A un integrante de cada pareja se le dijo que el cliente se sentía "algo mal" mientras que al otro se le dijo que el niño se sentía "bastante bien". En siete de las ocho parejas, las descripciones de los observadores difirieron de una manera significativa y correspondieron con las expectativas que se les habían implantado.

La investigación más reciente ha demostrado que si se recompensa la conformidad a anteriores espectativas y si se desalienta la no conformidad pueden aumentar los prejucios en los observadores (O'Leary, Kent y Kanowitz, 1975), pero es importante señalar que, cuando se usan códigos específicos y bien definidos conductualmente en vez de escalas globales, los observadores son relativamente inmunes a los efectos de prejuicios externamente impuestos (Kent, O'Leary, Diament y Dietz, 1974; Schuller y McNamara, 1975 citado por Kent y Foster, 1977; Walter y Gilmore, 1973).

Reactividad de la observación El clínico que utilice una forma de evaluación basada en las observaciones, además de preocuparse sobre las tendencias o prejuicios de los observadores, también se debe cuidar del "prejuicio del cliente", o expresado de una manera más propia, de la *reactividad:* Es posible que por el

hecho de que se les observa los cuentes reaccionen alterando, de manera intencional o sin deliberación alguna, aquellas mismas conductas que interesan más al clínico. Este asunto es paralelo a los aspectos de las tendencias o prejuicios en la respuesta y del manejo de las impresiones en las pruebas y entrevistas. El problema de la reactividad en las observaciones se puede ejemplificar fácilmente en cualquier reunión social al prender una grabadora. Por lo común, inmediatamente después de este acontecimiento ocurren cambios muy notorios en la conducta de todas las personas, y perduran hasta que se apaga el aparato o hasta que desaparece la novedad. Desde hace ya bastante tiempo los psicólogos están conscientes de la posible reactividad de las personas a la observación clínica (por ejemplo, Covner, 1942; Polansky, Freeman, Horowitz, Irwin, Papanis, Rappaport y Whaley, 1949), pero aún no son claras la magnitud y las dimensiones del problema.

Algunos psicólogos sociales y clínicos han adelantado algunos argumentos y presentado varios datos que sugieren que hasta los procedimientos observacionales más obvios solamente ejercen una influencia mínima y de corta duración sobre los sujetos o clientes; después de este breve periodo su conducta vuelve a adquirir su espontaneidad natural (por ejemplo, Bijou, Peterson, Harris, Alien y Johnson, 1969; Heyns y Lippit, 1954; Purcell y Brady, 1966; Werry y Quay, 1969; Wright, 1967). Por ejemplo, Mercatoris y Craighead (1974) encontraron que la cantidad de conducta apropiada que demostraban unas mujeres adultas con retraso mental no cambiaba cuando un observador visible las observaba en comparación con la observación realizada mediante una cámara de televisión escondida. De una manera semejante, Hagen, Craighead y Paul (1975) no encontraron diferencias en la conducta del personal de un hospital mental cuando estaba presente un observador en oposición a cuando se obtenía la observación a través de varios micrófonos escondidos.

Sin embargo, otros datos sugieren que sí es posible que se den los efectos reactivos durante las observaciones. Zegiob, Arnold y Forehand (1975), por ejemplo, informaron de un aumento en las verbalizaciones positivas y otras conductas de una madre durante el tiempo que jugaba con su hijo, cuando se le observaba de una manera abierta en contraste a cuando se le observaba de una manera oculta. Samph (1969, citado en Wildman y Erikson, 1977) descubrió que los maestros "utilizaron una mayor cantidad de elogios, aceptaban más ideas de sus alumnos y criticaban menos a los estudiantes cuando estaban presentes los observadores en comparación con la situación de que se recopilan los datos a través de una grabadora discreta" (Wildman y Erikson, 1977, p. 269).

También existe alguna evidencia mu> sólida que implica que la realización de un registro de la conducta propia puede ser reactiva. Por ejemplo, por lo general la frecuencia de la conducta de fumar disminuye cuando los fumadores registran cada cigarrillo que encienden (por ejemplo, McFall y Hammen, 1971), y otras conductas, como comer, morderse las uñas, sentir alucinaciones, ingerir bebidas alcohólicas, emitir "tics" nerviosos, manejar a los niños con habilidad y estudiar, a menudo cambian cuando la persona se observa a sí misma (véase Ciminero, Nelson y Lipinski, 1977 para obtener una revisión). De hecho, debido a que el autorregistro por lo general produce cambios *beneficiosos* en la conducta que se

registra (por ejemplo, una reducción en la cantidad de alimentos que se comen o de alucinaciones que se experimentan o un aumento en las horas de estudio o la interacción social) se ha empleado el procedimiento como una forma de terapia así como un medio de evaluación clínica.

Por fortuna o por desgracia, el autorregistro no *siempre* altera las conductas que son el objeto de la observación. De algunos clientes que observaban su propia conducta se han informado muy pocos o ningún cambio en la depresión, pensamientos obsesivos recurrentes, jalarse el cabello, morderse las uñas, comer en exceso y otras conductas que hayan sido la meda de la observación (Bayer, 1972; Jackson, 1972; Kazdin, 1974; Mahoney, 1971, 1974; McNamara, 1972): Si se tienen en cuenta estos resultados experimentales conflictivos, se comprende que no es fácil para que un clínico tenga conclusiones firmes acerca de si el hecho de que un cliente esté enterado de que se le está observando realmente provocará un cambio en su conducta. Kent y Foster (1977, p. 289) lo expresaron de la siguiente manera: "Parece que no existe motivo alguno para dudar acerca de que la presencia de un observador puede, de hecho, influir sobre la conducta de las personas que observa. Pero la cantidad de factores que determinan la magnitud y dirección del cambio en la conducta puede ser tan grande que se concluya que la reactividad manifiesta es muy dispersa y casi impredejeible."

Los factores determinantes a los que se refiere Kant y Foster (1977) incluyen la edad, sexo, visibilidad y contacto ocular del observador, así como la duración de la observación, el ambiente físico, la ansiedad del cliente y experiencias previas con observadores, la utilización de observadores mecánicos (aparatos) en lugar de humanos, y otros elementos parecidos (Kent y Foster, 1977; Wildman y Erikson, 1977). De una manera semejante, la reactividad en un autorregistro puede depender de (1) la expectativa o deseo del cliente de cambiar la conducta que se observa en una determinada dirección, (2) la cantidad y naturaleza de las conductas que se registran, (3) si las observaciones son continuas o intermitentes, y (4) si los datos se registran antes o después de que ocurra cada conducta meta (véase Ciminero, Nelson y Lipinski, 1977).

Por lo tanto, todas las observaciones clínicas no siempre van a producir mucha actividad, pero casi nunca se puede ignorar la posibilidad de la reactividad, para caminar con mayor seguridad, lo más probable es que el clínico desee que sus observaciones sean lo más discretas posibles (quizá mediante una cámara de Gessell o mediante aparatos mecánicos o eléctricos para que los codificadores no estén a la vista) y programaría que las sesiones de evaluación fuesen lo suficientemente largas como para que los clientes tuvieran la oportunidad para acostumbrarse al hecho de que se les está observando.

Representatividad de la conducta observada Aun cuando hayan decaído los efectos reactivos obvios (por ejemplo, el cliente ya no voltea a ver o no se dirige hacia el observador o hacia la cámara de la televisión), es posible que, la conducta observada no proporciona una imagen verdaderamente *representativa* o *ecológicamente válida* (Brunswick, 1947) del cliente. Esto puede suceder debido a varias razones. El cliente puede tener un dolor de cabeza o estar indispuesto el día en

que se lleva a cabo una observación. Es posible que acabe de nacer o morir alguien en la familia. Se puede observar a un niño inmediatamente después de que se le haya regañado o antes de participar en una actividad nueva que espera con mucha emoción e inquietud. Estos y cualquier otro tipo de factores pueden producir secuencias temporales de conductas depresivas, eufóricas, hiperactivas, o "muy extrañas" que no sean típicas en el cliente.

Además, la situación en la cual se observa al cliente puede alterar o ponerle límites a su conducta. Las interacciones entre una madre y su hijo u otro tipo de intercambios familiares, por ejemplo, pueden variar si se observan en el hogar en lugar del laboratorio (por ejemplo, Moustakas, Sigel y Schalock, 1956; O'Rourke, 1963) y el estilo de la interacción social que tenga un niño con un hermano que odia o teme puede ser muy diferente del que demuestra hacia un amigo al que aprecia mucho. Una persona que emplea las técnicas observacionales de una manera cuidadosa siempre debe recordar los factores de este tipo.

Existen asimismo otras preocupaciones. En algunas ocasiones se da el caso de que algunos elementos de la situación en la cual se lleva a cabo la observación ejercen una influencia propia al sugerirle al cliente de una forma directa o sutil las conductas que son apropiadas o que se esperan. Cuando esto llega a suceder, la observación no solamente es reactiva en términos de los problemas generales del conocimiento del cliente que se describieron anteriormente; también es probable que *produzca* ciertas conductas específicas a través de la influencia de algunas señales ("cues") sociales orientadoras que Orne (1962) denominó *características de exigencia.* Si un clínico observa a una pareja casada en un ambiente que contiene algunas señales ("cues") sociales muy poderosas acerca de cómo se deben comportar los clientes (por ejemplo, "Nos gustaría medir exactamente cuánto se pelean en realidad") corre el riesgo de adquirir mayor información acerca de los efectos de la situación que de la conducta de las personas que está evaluando.

Este problema de que el prejuicio situacional reduzca la representatividad de la conducta observada tiende a ocurrir con mayor frecuencia en los ambientes controlados, a pesar de que también puede aparecer en las observaciones naturalistas. Aparentemente la razón principal de esto es que, en la mayoría de las observaciones controladas, el cliente debe acudir a algún lugar que se le ha identificado especialmente para la observación y tiene un conocimiento fino acerca de lo que está ocurriendo. Además, lo común es que se le den instrucciones específicas al cliente acerca de la observación con el fin de que se oriente y reconozca cuándo comienza o termina la evaluación.

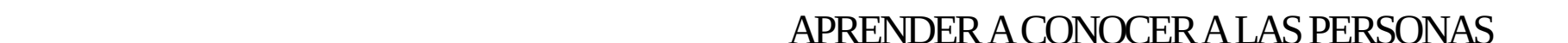
Existe una cantidad abundante de evidencia que indica que las señales sociales y situacionales que éstos y otros aspectos de la observación proporcionan pueden alterar la conducta del cliente de una manera impresionante. Por ejemplo, Orne y Schiebe (1964) observaron y registraron a varios estudiantes universitarios de sexo masculino que atravesaron un periodo de aislamiento en una habitación pequeña que estaba bien iluminada. A la mitad de los sujetos se.les dijo que la habitación era un cubículo de privación sensorial. En esta condición, el experimentador se vistió con una bata blanca, condujo a una entrevista de historia médica, le pidió al sujeto que firmara una forma en que entendía que no

habia responsabilidad médica, y mostraba una "bandeja de emergencia" de medicamentos y equipo que eran parte de las "medidas de precaución" en el laboratorio. También mencionó que en cualquier momento le sería posible salirse del cubículo al oprimir una alarma de emergencia si "la situación se tornara difícil" y que dispondría de un médico en caso de que se "sintiera mal". A los otros sujetos se les dijo que formaban parte de un grupo de control. No hubo bata blanca, ni entrevista, ni "bandeja de emergencia", ni "alarma de emergencia". Una vez que estuvieron dentro de la habitación de aislamiento el comportamiento de ambos grupos difirió de una manera notoria. Los sujetos del grupo control se mostraron relajados y tranquilos. Descansaron o durmieron, trabajaron en varías tareas para ocupar el tiempo, y casi no hablaron. Los sujetos del grupo de "privación sensorial", por otro lado, estaban inquietos, durmieron muy poco, expresaron que se sentían incómodos o tenían sentimientos de desorientación, y "dieron la impresión casi de que se les estuviera torturando" (Orne y Schiebe, 1965, p. 11).

También se ha demostrado que operan otros efectos situacionales que se relacionan con las instrucciones que se les dan a los clientes en la evaluación de las habilidades sociales, los miedos y otras metas clínicas. Por ejemplo, en un estudio que se planeó con el propósito de medir la autoafirmación, Nietzel y Bernstein (1976) pidieron a unos estudiantes universitarios que respondieran a una serie de situaciones sociales que se habían grabado, parecidas a las que se describieron anteriormente en este capítulo (McFall y Marston, 1970). Cada sujeto escuchó la cinta en dos ocasiones, una vez fue en una situación de "exigencia baja", donde se le pedía que diera "su reacción natural" y la otra fue en una situación de "exigencia alta" en la que las respuestas deberían ser "tan autoafirmativas como tú consideras que actuaría la persona mas autoafirmativa y enérgica". Los demás sujetos recibieron las instrucciones de exigencia alta o baja en las dos ocasiones. Se clasificó en una escala de 5 puntos el grado de autoafirmación de las respuestas de los sujetos en cada condición. En la Figura 7-9 se resumen los resultados. Es obvio que las instrucciones en la situación de la evaluación no tuvieron únicamente un efecto inicial, sino que fueron capaces de alterar de una manera significativa la conducta de los sujetos entre una y otra prueba. Otros factores situacionales, tales como la identidad de la persona a la que se le da una respuesta, también pueden alterar el nivel de autoafirmación de los clientes (Eisler, Hersen, Miller y Blanchard, 1975).

En la evaluación de la ansiedad, se ha descubierto que las instrucciones que se dan, la presencia o ausencia de un experimentador, las características del ambiente físico, y otras variables situacionales ejercen una influencia poderosa sobre la cantidad de temor que manifiestan los clientes durante los BAT (Por ejemplo, Bernstein, 1973; Bernstein y Nietzel, 1973; Miller y Bernstein, 1972; Smith, Diener y Beaman, 1974). También se puede provocar que la conducta de los niños aparezca como "buena" o "mala" de acuerdo con lo que los padres consideran que desea ver el evaluador (Johnson y Lobitz, 1974).

Se ha recomendado una variedad de estrategias de investigación que pueden minimizar los efectos de los prejuicios situacionales en la evaluación realizada mediante las observaciones de la conducta (Bernstein y Nietzel, 1977; Borkovec y



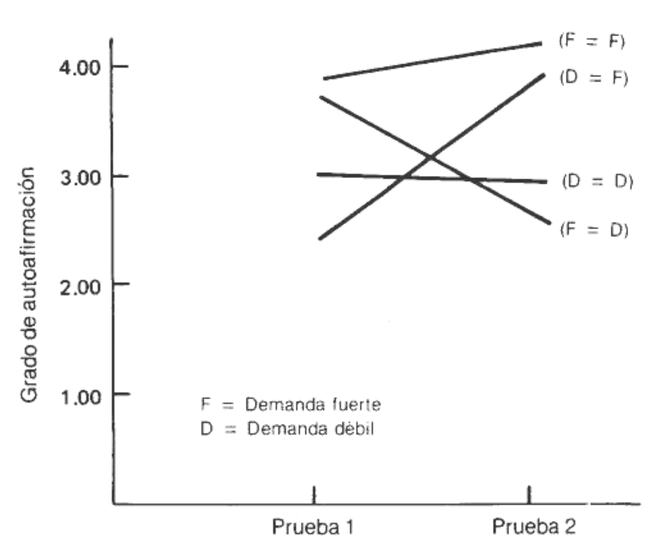


Figura 7-9 Las instrucciones aumentaron o disminuyeron de una manera significativa la autoafirmación que recibieron los sujetos en este estudio sobre la influencia situacional en la observación. Los sujetos a los que se les dieron instrucciones constantes no cambiaron en el transcurso del estudio. *(Nietzel y Bernstein, 1976.)*

O'Brien, 1976), pero no se puede eliminar el problema completamente. En tanto que los estímulos que están presentes cuando se observa la conducta del cliente sean "distintos del conjunto de estímulos que ocurren cuando no se observa al cliente, no podemos suponer que la conducta que ocurra durante la observación, aun después de que se haya estabilizado, represente la conducta típica" (Wildman & Erikson, 1977, p. 271). La mejor solución disponible para el clínico es que minimice o elimine la mayor cantidad posible de señales que obviamente ocasionan prejuicios u orientan de una manera particular la conducta del cliente. Al mismo tiempo, probablemente seria mejor si se creara un ambiente naturalista. Por lo general, se prefiere un mobiliario cómodo de sala de estar en lugar de una mesa estéril de laboratorio y sillas viejas plegables. Si son factibles, las observaciones en el hogar o escuelas, pueden ser todavía mejores.

El medio ulterior para asegurar la representatividad de los datos observacionales es, desde luego, la utilización continua de mediciones que sean discretas o llamen la atención del cliente en ningún sentido tales como las que se mencionaron previamente (Webb, Campbell, Schwartz y Schrest, 1966). McFall y Twentyman (1973) proporcionan un ejemplo de esta estrategia que consiste en llamadas telefónicas programadas a los sujetos de su estudio sobre la autoafirmación, pero las consideraciones prácticas o éticas generalmente impondrán límites sobre la utilidad de la medición extensa que no sea reactiva en muchos ambientes clínicos y experimentales.

Una palabra final A estas alturas debe ser obvio que, igual que las entrevistas y pruebas, las observaciones distan de ser una herramienta perfecta para la evaluación clínica. No obstante, tienen muchas ventajas que la constituyen en

uno de los instrumentos más valiosos de los que se disponen. El reto del clínico o investigador consiste en utilizar la observación de tal manera que minimice la influencia de los diferentes factores estudiados que distorsionan la información, de tal manera que los datos que se generen adquieran un valor máximo en el plan general de evaluación.



Tercera parte

Ayudar a las personas a cambiar



Capítulo 8

La intervención clínica: perspectiva general

Existe una gran variedad de personas que intentan cambiar la conducta de un individuo. Los políticos se esfuerzan por obtener su voto. Los publicistas Ib tratan de persuadir para que compre un determinado artículo. Sus padres lo alientaiypara que acate sus deseos. Las amistades lo transforman a través del afecto. Los enemigos lo incitan por medio de su antipatía. Hasta existen personas que alteran el comportamiento del individuo sin proponérselo. Es posible que el mismo individuo realice grandes esfuerzos por imitar a sus héroes o llamar la atención de alguna figura que él admira en secreto.

Casi todas las formas de interacción humana implican el intento por un lado por ejercer influencia sobre el otro para que se comporte de determinada manera. El contacto social implica una secuencia de diferentes influencias; algunas de éstas son benignas y no premeditadas mientras otras son obligatorias y deliberadas. Algunas personas tienen un gran poder para influir sobre el comportamiento y pueden provocar que alguien se conduzca de una manera completamente nueva. Otras personas carecen de esta facultad y ejercen un impacto insignificante sobre la conducta de los demás.

Los factores que ejercen una influencia sobre el comportamiento no siempre son de naturaleza interpersonal. Como Krasner y Ullman (1973) han señalado, tanto el ambiente físico como el social alteran y mantienen nuestro comportamiento. Como un ejemplo sencillo, considérese el efecto que ejerce el clima sobre

la conducta; ¿cuándo fue la última vez que alguien nadó en una tormenta de cellisca?

La influencia que varios elementos tengan sobre el comportamiento también puede ser un asunto sumamente privado. Los recuerdos del pasado afectan la manera como se vive el presente. Y nuestras fantasías acerca del futuro pueden ser o una inspiración o un menoscabo para las actividades que se realizan en la actualidad.

A pesar de que es posible abordar el tema de la influencia de varios factores sobre el comportamiento en términos generales por medio del agrupamiento de todas sus diferentes formas bajo un concepto común, la meta del presente capítulo es concentrarse sobre un tipo específico de influencia conductual: aquélla que ejerce el psicólogo clínico. Cuando un psicólogo, en el ejercicio profesional, se propone ejercer determinada influencia sobre la conducta de una persona, a menudo se describe la actividad del psicólogo como una *intervención.* La intervención es un concepto muy extenso. De acuerdo con las características de la intervención, se la podría describir de una manera más específica como consulta, educación, psicoterapia, terapia de grupo, terapia familiar, o terapia de juego. Si se tuviera más información acerca de la orientación del clínico y su entrenamiento y tendencias teóricas, se podría calificar con mayor detalle la naturaleza de la intervención, al emplear términos como consulta de caso, consulta administrativa, terapia gestalt, terapia centrada en el cliente, terapia racional-emotiva, o terapia del aprendizaje social. En este capítulo, el término de intervención clínica es una especie de sombrilla que se utilizará para describir los intentos explícitos y profesionales del psicólogo por cambiar la conducta de sus clientes en una dirección deseada.

La intervención es una de las seis funciones profesionales del psicólogo clínicos. "Intervenir" en un sentido literal significa: "venir entre la acción; interceder o interferir." Cuando alguien habla de la intervención del psicólogo, se podría referir a muchos diferentes tipos de "ocurrir en medio": la *consulta* y la *educación,* en las cuales el psicólogo ocurre en medio de un auditorio y sus necesidades de información específica; o *psicoterapia,* en la cual el psicólogo ocurre entre la persona y sus problemas personales para vivir. Lo más común es que se considere este segundo tipo de "ocurrir en medio", la psicoterapia, como la forma más tradicional de intervención del psicólogo clínico. En el Capítulo 12 se estudiarán otras formas de intervención como la consulta y el desarrollo de programas, pero en éste el enfoque se centrará en la psicoterapia y sus variaciones, tales como la terapia de grupo, terapia conyugal y terapia familiar. En los capítulos 9, 10 y 11, se presentarán las tres perspectivas dominantes en la psicoterapia: psicoterapia, del aprendizaje social y fenomenológica, pero en este capítulo, el acento se dirigirá hacia el aprendizaje sobre los rasgos comunes de todas las aproximaciones psicoterapéuticas y la base común de suposiciones y prácticas que comparten todos los psicoterapeutas.

¿EN QUÉ CONSISTE LA PSICOTERAPIA?

La traducción literal de psicoterapia sería "tratamiento de la psique". A pesar de que en verdad ésta no es una definición suficiente de la actividad, sí sugiere una

variedad de connotaciones que ayudan para comprender los elementos fundamentales de la psicoterapia.

Los participantes

Cuando se habla del "tratamiento de las psiques" se implica que existen psiques o personalidades en un estado de sufrimiento o insatisfacción. El grado hasta el cual los pensamientos o sentimientos de una persona estén perturbados, puede variar enormemente. En algunos casos, la perturbación es tan grande que produce una incapacidad por cumplir con las exigencias minimas de la vida cotidiana. Es posible que se deje el empleo, se intente un suicidio y se llegue a la hospitalización. En otros casos, la perturbación puede ser menos extrema, pero de todas maneras sumamente molesta. Un matrimonio infeliz, una falta de seguridad en uno mismo, un temor insistente, un sentimiento general de que uno y las cosas no valen la pena, una crisis de identidad, la depresión, los problemas sexuales y el insomnio son algunos de los problemas que a menudo motivan a las personas a entrar a psicoterapia. El elemento esencial es que se ha perturbado tanto algún aspecto del funcionamiento de la persona que decide buscar la ayuda de algún profesional. Expresado en palabras sencillas, el individuo sufre. Sus propios recursos, la ayuda de amistades, las vacaciones ansiadas y la comprensión familiar ya no son suficientes antídotos para el sufrimiento que experimenta la persona. Cuando se llega al punto en el que se define que el problema requiere de la intervención de un pro fesional, se tiene al primer participante de la psicoterapia: el *cliente.*

El segundo participante de la psicoterapia es el *terapeuta.* El terapeuta es alguien que a través de un entrenamiento y experiencia especializados tiene una preparación para ayudar a que el cliente supere la molestia que ha motivado el deseo del tratamiento. El terapeuta debe poseer aquellas habilidades que le permitan comprender la perturbación del cliente y luego interactuar con él de tal forma que aprenda a manejar sus problemas actuales de una manera más eficiente.

Además de que haya recibido alguna forma de entrenamiento avanzado, se espera que el psicoterapeuta posea algunas características personales que contribuyan al efecto de la psicoterapia. La habilidad para escuchar a los clientes y comunicarles una sensación de comprensión y sensibilidad sin estarlos enjuiciando es una cualidad muy importante del terapeuta. La capacidad de combinar la calidez y el apoyo para los clientes que tienen problemas con una decisión de confrontarlos con su propia responsabilidad por lograr cambiar es otro atributo vital. El terapeuta también debe comunicar una sensación de confianza al cliente. Otra manera de expresar lo anterior es decir que el terapeuta debe creer que la psicoterapia será efectiva. Muchos clínicos citan que es necesario que el terapeuta proyecte *autenticidad, empatia y respeto positivo incondicional.* Estas se llaman cualidades rogerianas debido a que Cari Rogers declaró que son las condiciones necesarias y suficientes para provocar el cambio terapéutico.

Este acento en las características personales en algunas ocasiones ha provocado la sugerencia de que las "experiencias cotidianas" o la "habilidad natural" son elementos más importantes que el entrenamiento profesional de un buen psicoterapeuta. Algunos terapeutas se confían en su carisma o "personalidad curan-

dera" para alcanzar sus metas y descartan cualquier teoría de la terapia que sea consistente y esté bien desarrollada. Hasta entre las diferentes corrientes de la psicología, algunas aproximaciones psicoterapéuticas (por ejemplo, algunas formas de la terapia fenomenológica) tienden a acentuar el entrenamiento profesional extenso mucho menos que otras (por ejemplo, el psicoanálisis).

Así como existe una gran variedad de literatura acerca de la importancia de las cualidades de un "buen" terapeuta (por ejemplo, Gurman y Razin, 1977; Meltzoff y Kornreich, 1970) también se ha dado mucha importancia a las características de un "buen" cliente de psicoterapia. Se considera que el tipo de persona que más probablemente obtendrá beneficios de la psicoterapia es el individuo verbal, inteligente, que está motivado para el cambio, hasta quizá que tenga una ansiedad moderada acerca de su necesidad de cambiar, que tenga una buena capacidad para comunicarse con el terapeuta, y con una "mente psicológica", una característica que solamente significa que la persona debe apreciar la importancia de los factores psicológicos para la determinación del comportamiento. Como les gusta señalar a algunos clínicos, el cliente ideal de la psicoterapia es alguien que probablemente continuará logrando el éxito sin importar que reciba terapia o no. Esta crítica es injusta en gran medida debido a que ignora el hecho de que rara vez se practica la psicoterapia en condiciones que impliquen el cliente ideal o el terapeuta ideal.

El interés por las características del terapeuta y del cliente ha avanzado hasta el grado en que ya no se centra en los atributos aislados del terapeuta o del cliente. Actualmente existe una consideración por su cualidad interaccional. A partir de esta perspectiva ha surgido el concepto de *unión* (matching) entre el terapeuta y el cliente, que Berzins define como "la idea acerca de que ciertas combinaciones de terapeutas y pacientes son más deseables que otras. El desglose empírico de este problema requiere una compresión de las condiciones bajo las cuales, sin importar las características de los terapeutas y pacientes consideradas por separado, la *interacción* de estas características se demuestra como un factor decisivo para los procesos o resultados de la psicoterapia" (p. 222).

Hoy día, la mayoría de los clínicos no están conscientes de la calidad raquítica de la investigación existente sobre las diferentes estrategias de unión entre los terapeutas y clientes; y en lugar de apoyarse en estos experimentos se confían en determinados estereotipos tales como "los opuestos se atraen" o "la gente parecida cura a la gente parecida". Además, en muchos ambientes clínicos, la manera como se asignan los clientes a los terapeutas es un asunto que no se sistematiza y que depende de un vistazo rápido al calendario y de la intuición de una recepcionista (Berzins, 1977). Sin embargo, con base en un enfoque completamente pragmático, no se debería descuidar el asunto de niaximizar los efectos terapéuticos por medio de la búsqueda de las combinaciones óptimas entre el terapeuta y el cliente. "Hasta una probabilidad razonable acerca de que *algunas* combinaciones entre un terapeuta y cliente son ineficientes. . . sugiere que la investigación en la psicoterapia debe trascender la evaluación aislada de las características del terapeuta y pacientes y dirigirse a la investigación seria acerca de la interacción de estas características" (Berzins, 1777; p. 223).

Relación terapéutica

El carácter de la psicoterapia no surge a partir de su elenco de personajes, sino de la relación muy especial que se desarrolla entre el terapeuta y el cliente. ¿Cuáles son las características que ocasionan que la relación terapéutica sea única?

En primer lugar, la relación consiste en que ambas partes estén claramente conscientes del motivo por el cual se encuentran en ella y de lo que deben ser las reglas y las metas de su interacción. No debe ser una relación en la que los integrantes estén confundidos acerca de las funciones que deberán desempeñar. La relación debe ser voluntaria e iniciada por el cliente y aceptada por el terapeuta.[1]

La psicoterapia a menudo comienza con un contrato terapéutico (por ejemplo, Karoly, 1975) que especifica las metas del tratamiento, los procedimientos que se emplearán, los riesgos potenciales que puedan existir, y las responsabilidades individuales del cliente y del terapeuta. En muchos casos, el contrato se negocia de una manera informal, limitándose ambas partes a intercambiar información acerca de lo que esperan que se logrará en la terapia. En otras ocasiones, el contrato se puede efectuar en la forma de un documento firmado en el cual se describen específicamente las obligaciones de cada integrante. En cualquier caso, uno de los efectos de la "realización de contratos" es ayudar a que el cliente sea un agente activo, cooperador, y un planeador de sus cambios así como el que toma las decisiones acerca de sus opciones en la relación terapéutica.

El propósito principal de la relación terapéutica es inducir al cliente a que se comporte de una manera que tanto el cliente como el terapeuta consideren deseable. En algunas ocasiones, los clientes también alteran la conducta de los terapeutas, pero la mayoría de los clínicos consideran que este tipo de cambio es circunstancial y que dista del objetivo primario de la relación: un cambio beneficioso para el cliente.

La Psicoterapia es más que una amistad comprada. A pesar de que el terapeuta puede ser amistoso y comprensivo, la relación terapéutica debe implicar muchas otras cosas adicionales a la compasión. En algunas ocasiones la terapia requiere que el clínico sea un asesor frío y objetivo de la conducta de sus clientes y, en otras ocasiones, un detective activo que localiza las resistencias del cliente y hace lo posible por irrumpir en ellas. El terapeuta debe estar dispuesto a combinar el apoyo y cariño por los clientes con una voluntad para retarlos a que cambien su forma acostumbrada de comportarse por otras conductas nuevas, que producen temores pero que son más adaptativas.

La intensidad de la relación terapéutica a menudo provoca que surjan demasiadas tentaciones para que el terapeuta descarte una orientación profesional hacia sus clientes a favor de las reacciones más espontáneas y "naturales" tales como la atracción sexual, lástima, frustración, hostilidad y aburrimiento. La mayoría de los terapeutas tratan de mantenerse muy alertas a la manera cómo sus necesidades personales intervienen en el proceso terapéutico. Una de las principales razones

[1]En muchos casos el cliente no es un participante voluntario. En algunas ocasiones el cliente ingresa a la terapia cuando alguien (por ejemplo, un padre, juez o esposo) se mortifica por el comportamiento del cliente y lo obliga a que busque ayuda. Desde luego, la terapia procede de una manera muy diferente cuando el cliente no es un participante voluntario.

por las cuales algunos terapeutas atraviesan por un periodo de terapia ellos mismos es conocer la forma como pueden detectar estas necesidades y manejarlas. El terapeuta intenta construir una relación atenta y que sea importante con el cliente al mismo tiempo que no pierda de vista la necesidad de que la relación alcance los esfuerzos del cliente por cambiar su comportamiento. Como observa Korchin (1976), la relación terapéutica requiere un "equilibrio entre el acercamiento y el alejamiento".

La relación entre el cliente y el terapeuta también se caracteriza por otros compromisos morales y éticos por parte del terapeuta que sirven para aislar la relación del calor de las fuerzas externas. Es probable que el carácter confidencial de la información que le proporcione el cliente sea el compromiso más esencial. El terapeuta no descubre la información que el cliente le haya compartido en la terapia. Se debe proteger la vida privada del cliente. Además, los terapeutas tienen una obligación clara de tomar el bienestar de sus clientes como su prioridad principal.[2] Salvo en excepciones muy raras, las acciones del terapeuta se deben dirigir hacia una sola preocupación: "¿Qué es lo mejor para mi cliente?"

Técnicas de la Psicoterapia

Existen varias docenas de técnicas psicoterapéuticas específicas. Cada sistema de psicoterapia tiene sus procedimientos preferidos, y cada terapeuta tiene un estilo único para emplear esos procedimientos. Por lo general los métodos del terapeuta se basan en alguna teoría formal de la conducta, la personalidad y los desórdenes de la conducta en términos generales y de los problemas del cliente en términos particulares (véase al Capítulo 3). En otras palabras, a pesar de que los terapeutas por lo común se mantienen flexibles, su acción se guía mediante algunos principios generales del tratamiento; no procede al azar.

Varias de las aproximaciones psicoterapéuticas difieren en el grado en el que sus teorías de la personalidad y la perturbación conductual se relacionan con las determinadas técnicas. Por ejemplo, los psicoanalistas han desarrollado una teoría muy compleja de la personalidad pero no especifican de una manera exacta cuáles son los procedimientos que se deben utilizar al aplicar esta teoría en un caso determinado. Por otro lado, muchos teóricos del aprendizaje social intentan proporcionar de una manera muy detallada los procedimientos exactos que se deben emplear en el tratamiento.

Las aproximaciones de los diferentes tratamientos también difieren en cuanto a los tipos de cambios que planean efectuar. Por consiguiente, es probable que los terapeutas del aprendizaje social traten directamente el problema que el cliente presente inicialmente (junto con otras dificultades que pueden contribuir a la queja primaria). Por ejemplo, una madre que reporta que se siente deprimida y que teme que matará a sus hijos se le alentaría a que efectúe un análisis de su papel en el matrimonio y sus problemas cotidianos. Es posible que se le asigne una variedad de "tareas" que impliquen la relación con su esposo, métodos disciplina-

[2] Desde luego, existen algunas excepciones. Consúltese el Capitulo 13 para obtener un análisis mas completo de las situaciones que le obligan al psicólogo a interrumpir la confidencialidad.

Cuadro 8-1 Tres perspectivas sobre la relación terapéutica

Los sistemas principales de la Psicoterapia toman diferentes posiciones sobre el significado de la relación terapéutica. Los terapeutas de todas las inclinaciones teóricas atribuyen una importancia considerable a la relación terapéutica y se esforzarán con cuidado para formar una buena relación. Sin embargo, más allá de la generalización amplia acerca de que los psicoterapeutas prefieren una relación terapéutica firme en lugar de una débil, existen varios puntos de vista sobre la naturaleza ideal que la relación entre el cliente y el terapeuta debe ocupar en la terapia, de acuerdo con la perspectiva; fenomenológica, pslcoanalítica, o del aprendizaje social.

Muchos terapeutas con una orientación fenomenológica consideran que la relación terapéutica es el único elemento esencial en la terapia. Cari Rogers, el fundador de la terapia centrada en el cliente (Rogers, 1942,1951,1954), sostiene la posición de que la relación entre el cliente y el terapeuta es el crisol en el que todos los ingredientes necesarios y suficientes para el cambio terapéutico se generan. De acuerdo con Rogers (1951):

> El acento de la terapia radica en la experiencia directa en la relación. No se considera que el proceso se relaciona principalmente con el recuerdo del cliente de su pasado, ni con su exploración de los problemas que está enfrentando, ni con las percepciones que él tiene sobre si mismo, ni con las experiencias que él ha temido aceptar de una manera consciente. El proceso de la terapia, de acuerdo con estas hipótesis, se considera un sinónimo de la relación experimental entre el cliente y el terapeuta. La terapia consiste en experimentar al si mismo ("self") en una amplia variedad de formas en una relación emocional significativa con el terapeuta. Se considera que las palabras, del cliente o el orientador, tienen una importancia mínima si se les compara con la relación emocional actual que existe entre ambas personas (pp. 172-173).

En el psicoanálisis, se considera la relación entre el cliente y el terapeuta como un medio para el fin del "insight". El psicoanalista se esfuerza por obtener un tipo de relación diferente a la del terapeuta rogeriano. En el psicoanálisis, la relación entre el terapeuta y el cliente es un instrumento para lograr un propósito determinado, el cual consiste en demostrar al cliente que su conducta actual está determinada por las experiencias en sus periodos tempranos de desarrollo. Los psicoanalistas por lo general mencionan la *relación de transferencia* o sencillamente la *transferencia* para referirse al hecho de que después de un periodo de terapia el cliente comienza a transferir al terapeuta las actitudes y sentimientos amigables, hostiles y ambivalentes que el cliente alguna vez sintió en el pasado hacia sus padres u otras figuras importantes. Como una consecuencia, los conflictos patogénicos originales de las relaciones familiares tempranas se repiten en la relación con el terapeuta. Con el fin de fomentar la transferencia, el psicoanalista permanece como una figura pasiva y bastante distante. En el psicoanálisis, la relación no es tan espontánea o genuina en términos de ser típicamente "humana" como lo es para el terapeuta rogeriano. El distanciamlento o alejamiento del analista se practica; es una tranquilidad estratégica, una técnica premeditada para fomentar la transferencia. Los siguientes segmentos del consejo que ofrecía Freud comunican su perspectiva altamente Instrumental de la relación terapéutica:

> No puedo recomendar a mis colegas, de uña manera que subraye los suficiente, la importancia de tomar como modelo para el tratamiento psicoanalitico aquel de un cirujano que pone a un laido todos sus sentimientos, inclusive el de simpatía humana, y concentra su mente en un solo propósito, en llevar a cabo la ejecución de la manera más habilidosa posible. (Freud, 1912, p. 121).

> La técnica analítica requiere que el médico niegue al paciente que ansia el amor la satisfacción que tanto anhela. El tratamiento se debe llevar a cabo en un estado de abstinencia; no quiero decir solamente de tipo corporal, o privación de todo aquello que se desea, debido a que es probable que una persona enferma no pueda tolerar esto. Pero yo afirmaría como un principio fundamental que se permite que el deseo y las ansias del paciente permanezcan, y sirvan como fuerzas que lo impelen a trabajar por lograr los cambios que debe labrar (Freud, 1915, p. 173).

Los terapeutas del aprendizaje social tienden a percibir la relación terapéutica como un elemento importante pero no una condición suficiente de la terapia. Se considera más como un *contexto* útil en el que se introducen las técnicas más específicas del cambio conductual. Alan Goldstein (1973), en su panorama breve de la terapia del aprendizaje social, expresa la perspectiva tradicional del aprendizaje social acerca de que una buena relación es un prefacio importante para las técnicas subsecuentes que son más vitales:

> En la mayoría de los casos, se requiere que se establezca una atmósfera de confianza si es que será efectiva la intervención terapéutica. Por lo general el terapeuta logra esto de una manera rápida al comunicar y aclarar que (1) él comprende y acepta al cliente, (2) que los dos están trabajando *¡untos,* (3) y que el terapeuta dispone de los medios para ayudar al paciente en la dirección que él desea. (Goldstein, 1973; p. 221).

rios con sus hijos, o el desarrollo de actividades nuevas y fuera del hogar en que ella se ocupe. En contraste con esto, el psicoanalista se inclinaría por trabajar con las posibles causas subyacentes de la depresión de la madre. El objetivo de la terapia puede ser ayudar a que el cliente comprenda cómo sus síntomas actuales se deben, digamos, a sus sentimientos de no ser una persona adecuada como madre porque fracasó en cumplir con las normas rígidas e irrealistas de su propia madre . . Por último, es posible que un terapeuta fenomenología) maneje el problema ayudando a que la madre lo experimente más plenamente. La meta puede ser que la cliente descubra su potencial para crearse opciones para su vida que la liberarían de su forma distorsionada de ver su vida o de solamente prestar atención a uno de sus ángulos, como actualmente la hace sentirse atrapada.

No obstante todas estas diferencias, existen varias técnicas que son comunes casi a todas las estrategias psicoterapéuticas. Los métodos básicos de la psicoterapia tienen principalmente una naturaleza psicológica en lugar de física o médica. De acuerdo con el caso, es posible que los psiquiatras prescriban alguna droga psicoactiva, y algunos psicoterapeutas de orientación fenomenología pueden utilizar alguna estimulación física (por lo general en la forma de ejercicios de concientización sensorial), pero no se considera que éstos sean los verdaderos fundamentos de la terapia, sino como auxiliares útiles para los ingredientes psicológicos principales del tratamiento. Considérese algunos de los métodos psicológicos principales de la intervención clínica que se analizan a continuación.

1 Fomentar el "insight" (Toma de conciencia) Desde luego, uno de los objetivos primordiales de Freud era que el cliente obtuviera "insight" (toma de conciencia) en cuanto a sus problemas psicológicos quien lo describió como una "reeducación para sobreponerse a las resistencias internas" (Freud, 1904; p. 73). Mientras que lo que a Freud le interesaba más era un tipo particular de "insight" (el reconocimiento y análisis de las influencias inconscientes), la mayoría de los terapeutas desean lograr la toma de conciencia en un sentido más general que consiste en un mayor conocimiento de uno mismo. Se espera que los clientes obtengan un beneficio al conocer las razones por las cuales se comportan de una determinada manera, o maneras, debido a que se supone que este conocimiento contribuye al desarrollo de las conductas nuevas. La política que hay detrás del fomento del "insight" del cliente por parte del terapeuta se parece un poco a una justificación bastante conocida acerca de por qué se estudia la historia: conocer los errores del pasado para evitar repetirlos en el futuro.

Los terapeutas de todas las tendencias teóricas intentan promover un autoexamen, autoconocimiento y autoanálisis en sus clientes. Existe una amplia variedad de aproximaciones para lograr esta meta. Algunos procedimientos están bastante estructurados y se dirigen hacia un tipo especial de contenido; la interpretación de los sueños sería un ejemplo. Otros terapeutas podrían intentar promover el "insight" al pedirles a sus clientes directamente que revisaran las.razones o motivos que se encuentran detrás de determinadas conductas y de sus implicaciones (por ejemplo, "¿Qué te dice eso acerca de ti mismo?" o "¿Qué relación ves entre tus problemas con tu jefe y el desagrado que tú expresas por tu

Cuadro 8-2 Psicoterapia ecléctica

La lista de las "marcas" de la psicoterapia continúa creciendo. Además de los nombres viejos tales como la terapia centrada en el cliente, gestalt, psicoanalítica y del aprendizaje social, en la actualidad somos testigos de fenómenos tales como est (Erhard Seminars Training), cuyos seguidores pagan sumas altas para digerir las frases como "lo que es, es". En el "entrenamiento para la prosperidad" los estudiantes aprenden que "el dinero es espiritual."

Una de las paradojas mayores de la proliferación de las aproximaciones psicoterapéuticas es que la mayoría de los psicoterapeutas no toman los votos de un solo sistema, y en lugar de esto prefieren seleccionar el enfoque que se adapta mejor a un determinado cliente a partir de varios modelos teóricos. Esta orientación se conoce como *eclecticismo o Psicoterapia ecléctica.* Los eclécticos no se consideran a sí mismos como clínicos anti- o ateóricos que simplemente introducen su mano dentro de una bolsa surtida de técnicas para sacar la primera que tocan. Su elección de la técnica aún se basa en determinados principios, pero de acuerdo con las exigencias de cada caso individual en lugar de hacerlo con los dictámenes de un sistema teórico general.

En un sondeo reciente (Garfield y Kurtz, 1976), la mayoría de los clínicos con los cuales se pudieron poner en contacto se identificaron como eclécticos. Como resultado, Garfield y Kurtz (1977) concluyeron que cualquier investigación de la psicoterapia que se concentra sobre determinadas orientaciones teóricas "únicamente estudia á una minoría de las personas que se ocupan en la práctica de la psicoterapia" (p. 83).

Debido a que no es una "escuela" de la Psicoterapia, el eclecticismo no ha atraído a una cantidad numerosa de defensores vocales, y ninguno de sus fundadores famosos lo han vuelto popular. Frederick Thome (1950, 1967, 1973) probablemente es el defensor mejor conocido de una aproximación ecléctica, y hasta él parece ser un orador algo reticente: "El eclecticismo no se llena de las ventajas especiales de la exclusividad, novedad o propiedad del conocimiento especial que se encuentra implicado en las escuelas especiales cuyos defensores a menudo convier ten estos atributos en ventajas personales" (Thorne, 1973; p. 449).

Thorne se cuida de distinguir su versión de la terapia ecléctica de cualquier enfoque que simplemente es una acumulación caótica de técnicas. El eclecticismo requiere una formulación válida de cada caso clínico. En las palabras de Thorne,

> Es probable que la consideración más importante al utilizar el enfoque ecléctico sea la condición del cliente, su estado mental y existencial. sus necesidades momentáneas, su estado sintomático, y la dinámica subyacente de su condición. El terapeuta ecléctico presta atención a todos estos factores, y pone en una balanza las necesidades a corto plazo y las metas terapéuticas a largo plazo. A medida que se desenvuelve el manejo del caso, el cliente descubre cada vez un mayor número de los elementos de su problema, y cada vez profundiza más sobre las causas subyacentes. El ecléctico tiende a rechazar las fórmulas tradicionales para manejar los problemas y en lugar de esto tiende a reaccionar de una manera extemporánea a los descubrimientos nuevos. La.selección de los métodos persiste de una manera continua y reactiva a medida que se transpiran los nuevos hallazgos (p. 470).

padre?"). Los terapeutas del aprendizaje social acentúan una clase especial de "insight". Insisten en la importancia que tiene ayudar al cliente a comprender plenamente cómo su conducta se relaciona de una manera funcional con el aprendizaje pasado y con los factores ambientales actuales.

Una técnica común para el desarrollo del "insight" es que el terapeuta ofrezca una *interpretación* de la conducta del cliente. El propósito de la interpretación no es convencer al cliente de que el terapeuta necesariamente está en lo correcto acerca del significado de algún acontecimiento, sino motivar al cliente a examinar de una manera más cuidadosa su propia conducta y quizá deduzca algunas conclusiones acerca de su significado. La interpretación puede aparecer en

muchas diferentes formas, como ha observado Jerome Frank (1973) en su libro prestigiado, *Persuasión and Healing* (La persuación y la cura):

> La manera más simple de realizar una interpretación consiste en repetir algo que haya dicho el paciente, quizá con algún cambio en la entonación, de tal forma que se vuelve consciente con mayor claridad de su afirmación. En una escala aproximadamente ascendente del grado de inferencia y cantidad de complejidad, otras formas de interpretación se basan en efectuar una síntesis, con el fin de coordinar y acentuar ciertos aspectos, verbalizando los sentimientos que parecen subyacer los comentarios del cliente, y confrontándolo de una manera aguda con las actitudes que sus afirmaciones implican y que él no había reconocido anteriormente. Las interpretaciones complejas pueden indicar las semejanzas entre los sentimientos del paciente hacia sus contemporáneos importantes, incluyendo al terapeuta. También pueden implicar los significados simbólicos de sus oraciones o su relación con algún esquema teórico, (pp. 222-223).

2 Reducción de la perturbación emocional En algunas ocasiones los clien tes acuden en un estado de tanta crisis emocional y angustia que es bastante difícil que participen de una manera muy activa en la terapia. En estos casos, el tera peuta intentará reducir el nivel de perturbación de manera tal que permita a la persona empezar a trabajar sobre su problema. Por lo general los terapeutas no se esfuerzan por eliminar completamente la incomodidad del cliente, debido a que al hacerlo, es posible que también eliminen cualquier motivación que tenga el cliente por trabajar hacia el logro de un cambio permanente. El reto consiste en dismi nuir el sufrimiento extremado sin mermar el deseo del cliente por manejar sus problemas prevalecientes.

Existen muchos métodos para lograr que el cliente reduzca su malestar excesivo. Es probable que el método más común sea la utilización de la relación terapéutica como un aliciente para lograr fortalecer las emociones del cliente. Es común que los clientes alcancen alguna estabilidad emocional y renueven su confianza solamente con saber que el terapeuta ahora es un aliado personal, un amortiguador para los golpes de un mundo que le parece hostil y despiadado. Otros terapeutas ofrecen el apoyo directo. Esto se puede presentar en la forma de alguna afirmación como "Yo sé que las cosas parecen perdidas y que no tienes esperanzas ahora, pero yo creo que serás capaz de efectuar cambios importantes en tu vida.

3 Fomentar la catarsis Una estrategia especial para reducir las emociones intensas simplemente consiste de fomentar su expresión libre en la presencia pro tectora del terapeuta. Esta técnica se conoce como *catarsis,* es decir, el desahogo de las emociones restringidas que el cliente se ha guardado y que ha temido reco nocer por un periodo muy prolongado. Es posible que el terapeuta aliente al cliente a que exprese estas emociones, con la creencia de que a través de su escape o salida serán eliminadas o tranquilizadas. Por lo menos, la catarsis puede proVocar que el cliente tenga menos miedo a determinadas emociones. En algunas tera pias, la catarsis en sí es una meta, mientras que en otras (por ejemplo, la del aprendizaje social), solamente es un acontecimiento de menor importancia.

4 Proporcionar información nueva La Psicoterapia casi siempre es educativa. El psicoterapeuta proporciona información nueva con la intención de corregir algunas lagunas o distorsiones en el conocimiento del cliente. Es común que algunas de las áreas de la adaptación del cliente se vean plagadas por una información errónea, entre las cuales el ejemplo más notable es el funcionamiento sexual. El clínico dispone de varios métodos para corregir la información equivocada. Algunos terapeutas ofrecen consejos directos a sus clientes y por un periodo limitado adoptan más las funciones de un maestro que las de un terapeuta. Otros pueden sugerir que el cliente lea algún material que se relacione de una manera importante con el tema en cuestión; este proceso se conoce en algunos ámbitos como *biblioterapia.* Existen todavía otros clínicos que se apoyan en estrategias más indirectas: alzar los hombros, hacer una expresión facial de escepticismo o una interpretación exagerada, para sugerir a sus clientes que hay otras formas más funcionales o precisas para percibir el mundo que los rodea.

5 Designar tareas fuera de la terapia Los terapeutas a menudo piden a sus clientes que lleven a cabo determinadas tareas fuera de la sesión de terapia con el propósito de fomentar la transferencia de los cambios positivos del cliente al "mundo real". Esto se conoce con el nombre de "tarea" terapéutica. Harper (1959) describe la tarea de la siguiente manera:

> El terapeuta y el paciente se ponen de acuerdo sobre ciertas acciones (basadas en las concepciones de sí mismo y su ambiente que haya cambiado el paciente) con las cuales él debe experimentar entre una sesión psicoterapéutica y otra. El paciente a su vez le reporta sobre sus éxitos y fracasos acerca de los cambios en su conducta que intentó llevar a cabo, y luego él y el terapeuta efectúan nuevos planes para otros cambios. A medida que el paciente experimenta la gratificación de los logros exitosos al aplicar nuevas formas de comportamiento, su autosistema crece. Esto, a su vez, le permite ejecutar una cantidad aún mayor de mejorías en su comportamiento, (p. 6).

Los terapeutas del aprendizaje social son los partidarios más entusiastas de las tareas, ya que creen que su utilización es la manera más efectiva para promover la generalización y mantenimiento de las nuevas reacciones y habilidades que se hayan aprendido en la oficina del terapeuta o en algún otro ambiente formal.

6 Desarrollar fe, confianza, y una expectativa de cambio Entre los procedimientos más comunes en todos los sistemas de psicoterapia, el aumento de la fe y la expectativa de cambio es el ingrediente que más frecuentemente se menciona como un factor crítico que contribuye a la mejoría terapéutica. De hecho, muchos académicos atribuyen el éxito de la psicoterapia a su habilidad para incrementar la creencia de los clientes acerca de que se les puede ayudar, en lugar de atribuirlo a cualquier otra técnica específica. Estos efectos se conocen muy bien en el campo de la medicina: de hecho, la "historia de la medicina se puede caracterizar en gran medida como la historia del efecto placebo" (Shapiro, 1971; p. 442). Un placebo significa

> . . .cualquier terapia, o componente de esa terapia, que se emplea de una manera deliberada debido a su efecto no específico, psicológico, o psicofisiológico, o que se

> emplea debido al efecto determinado que se supone tiene sobre el paciente, síntoma o enfermedad, pero que en realidad carece de una actividad específica para la condición que se está tratando, lo cual el terapeuta o paciente desconocen (Shapiro, 1971; p. 440).

Todos los métodos de tratamiento, ya sean médicos, psicológicos, religiosos o místicos implican algunos efectos poderosos de tipo placebo. Los clínicos están tan acostumbrados a pensar acerca de la función de los efectos placebo en la psicoterapia que hasta han combinado otros términos que señalan su influencia. Los términos más populares han sido *efectos de la expectativa* (Wilkins, 1971, 1973), *efectos no específicos* (Shapiro, 1971), y *características de exigencia* (Orne, 1962). Estas denominaciones se refieren a varios diferentes aspectos de la misma noción general: que la psicoterapia logra el éxito, en parte, debido a su capacidad de generar la expectativa del cliente de que mejorará.

En la literatura sobre la Psicoterapia, se han definido las expectativas del cliente como la predicción de que "un resultado que se busca con la creencia, fe, confianza y convicción será encontrado" (Meltzoff y Kornreich, 1970; p. 256). Frank equiparó la expectativa de mejoría con conceptos tales como el optimismo, esperanza y fe, los cuales en su conjunto implican "la probabilidad percibida de que se logrará una meta" (Frank, 1973, p. 163).

El acento sobre los efectos de la expectativa o placebo en la psicoterapia no significa que las técnicas dirigidas por una teoría particular, que sirven para distinguir entre un método terapéutico y otro, carezcan de importancia. Sin embargo, sí significa que un elemento importante (y algunos dirían que el elemento *más* importante) de cualquier terapia efectiva es que provoca que el cliente crea que puede alcanzar determinados cambios positivos en su vida (Bandura, 1977b).

La Psicoterapia goza de una reputación especial entre el público. Se percibe como un tratamiento algo misterioso que es lo suficientemente poderoso como para corregir la conducta más aberrante. La Psicoterapia, vista parcialmente como un arte y una ciencia, se beneficia de la mística que rodea a ambos campos. Los clientes que inician una psicoterapia a menudo lo hacen creyendo que están a punto de ocuparse en una experiencia única, poderosa y casi irresistible que conducirá un experto que tiene suficientes habilidades y entrenamiento como para hacer milagros. El poder que muchos adjudican a la psicoterapia se ha magnificado por el hecho de que por lo general los clientes acuden a la psicoterapia después de que se han debatido por un tiempo considerable si en verdad "necesitan" tratamiento. Cuando esta discusión interna se resuelve a favor de buscar ayuda, el cliente ya hizo una inversión emocional enorme junto con la convicción de que obtendrá lo que más pueda de un tratamiento que percibe con una mezcla de miedo, esperanza y alivio.

Por su parte, los terapeutas intentan optimizar la fe del cliente en las facultades de la terapia. El terapeuta intenta asegurar al cliente que él comprende el problema del cliente y que confía en que, si trabajan juntos, podrán lograr algunos de los cambios que se desean. La percepción del cliente acerca de que "me han escuchado y comprendido y me pueden ayudar" es sumamente importante en la psicoterapia. Entre los procedimientos que fomentan esta percepción se en-

cuentran algunas de las técnicas generales que ya se describieron: la formación de una relación de apoyo pero profesional, las interpretaciones, catarsis y el alivio del pánico emocional.

Además, la mayoría de los terapeutas le ofrecen al cliente una *aclaración* acerca del motivo por el cual la psicoterapia será efectiva. En lugar de la incertidumbre del cliente acerca de lo que implicará la terapia, el terapeuta intentará estructurar la experiencia de tal forma que el cliente comprenda la forma cómo y la razón por la cual debe ocurrir un cambio benéfico. Jefferson Fish, un terapeuta que se describe a sí mismo como "terapeuta-placebo" observa:

> Una de las ventajas principales de la función del terapeuta como curandero socialmente sancionado es su posición como un experto de psicoterapia. Debido a esta posición prestigiada, con frecuencia los pacientes le dan bastante libertad al terapeuta para que estructure sus expectativas acerca de su propia terapia. Por consiguiente, la mayoría de los pacientes desean saber cómo será la psicoterapia; y tienden a aceptar con bastante facilidad la "información" que sus terapeutas les proporcionen (Fish, 1973, pp. 46-47).

Una vez que el terapeuta haya estructurado inicialmente la terapia de tal forma que se aumenten la motivación y expectativas del cliente para el tratamiento, el terapeuta intentará que el cliente experimente algún éxito a través de la terapia a la mayor brevedad. Este éxito puede ser pequeño y su naturaleza puede depender de una aproximación terapéutica determinada, un "insight" de menor importancia que se haya obtenido por medio de una interpretación sencilla por parte del terapeuta, el cumplimiento exitoso de una "tarea" no muy difícil, o el bienestar que experimentan los clientes después de una experiencia catártica inicial. Independientemente del medio por el cual se logre, el objetivo de la terapia es producir el tipo de cambio que el cliente espera que suceda. El terapeuta alentará al cliente a que lo perciba como un avance o progreso, y una indicación de que la terapia puede serle útil. El reto del terapeuta es ayudar a que el cliente obtenga confianza en que él o ella no es un caso imposible de solucionar.

Existe un impacto acumulativo a partir de la sucesión de los pequeños cambios que los clientes observan en las etapas' iniciales de la terapia. Empiezan por persuadirse de que pueden cambiar, que pueden controlar sus vidas, que sus problemas son comprensibles. El sentimiento de desconfianza y desamparo empiezan a verse suplidos por sentimientos de capacidad y aun de dominio de sí. Existe un destello de confianza en sí, empieza a vislumbrarse una nueva imagen de sí mismo. Durante el comienzo de la terapia se fortalece la fe del cliente en el terapeuta y el tratamiento, a tal grado que el cliente cree en la posibilidad de realizar la mejoría deseada. Cuando el cliente experimenta algunos cambios, sin importar su magnitud o contenido, confirma y crecen sus expectativas. Como resultado, el cliente cree que puede obtener cambios mayores y más importantes, y los persigue por medio de las expectativas que se han reforzado. Mientras tanto, el terapeuta fomenta la autoestima creciente del cliente al señalarle que todos los cambios que está alcanzado son el resultado del propio esfuerzo del cliente.

> En pocas palabras, cuando son exitosas, todas las formas de psicoterapia alivian al paciente de los sentimientos disfóricos, reaniman sus esperanzas, aumentan su sentimiento de dominio sobre sí mismo y su ambiente, y en general lo ayudan a recuperar la moral. Como resultado, se vuelve capaz de atacar los problemas que había estado evitando y puede experimentar formas nuevas y mejores para manejarlos. Estas nuevas capacidades disminuyen la probabilidad de que se desmoralice de nuevo, y, si se cuenta con buena suerte, le permitirán que continúe obteniendo logros después que la psicoterapia haya terminado (Frank, 1973; p. 330).

Ahora podemos regresar a la pregunta: "¿Qué es la psicoterapia?" La respuesta que aquí se ofrece (para obtener otras, consúltese Frank, 1973, y Harper, 1959) acentúa la importancia de las siguientes cualidades:

1 La Psicoterapia consiste en una relación interpersonal entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un entrenamiento y experiencia especial en el manejo de los problemas psicológicos.

2 El otro participante es un cliente que experimenta algún problema en su ajuste emocional, conductual o interpersonal y ha ingresado a la relación con el fin de resolver su problema.

3 La relación psicoterapéutica es una alianza de apoyo pero con propósitos bien definidos en la cual se utilizan varios métodos, en su mayor parte de naturaleza psicológica, con el objeto de provocar los cambios que el cliente desea y el terapeuta aprueba.

4 Estos métodos se basan en alguna teoría formal acerca de los problemas psicológicos en general y de la queja específica del cliente en particular.

5 Independientemente de las inclinaciones teóricas, la mayoría de los terapeutas emplean varias técnicas de intervención: fomentar el "insight", reducir el sufrimiento emocional, fomentar la catarsis, proporcionar información nueva, designar tareas fuera de la terapia, y aumentar la fe de los clientes y sus expectativas de lograr cambios.

MODALIDADES DE LA PSICOTERAPIA

Hasta ahora, se ha estudiado la psicoterapia casi completamente desde su modalidad más popular: el tratamiento individual, o entre una y otra persona. Esta combinación tradicional todavía forma la espina dorsal de la mayoría de los tratamientos clínicos. En los capítulos 9, 10 y 11, cuando describamos las metas, procedimientos y efectos de los enfoques psicodinámicos, del aprendizaje social y fenomenología) a la psicoterapia, se acentuarán las intervenciones individuales. Sin embargo, es importante reconocer que la intervención clínica se puede llevar a cabo con *grupos* de clientes. Estos grupos pueden constar de individuos que no tengan relación entre sí o pueden componerse con los integranes de una familia. En el primer caso, por lo general, el tratamiento se llama *terapia de grupo;* en el último se denomina *terapia conyugal* o *familiar.*

Terapia de grupo

La terapia de grupo es algo más que las terapias simultáneas de varios individuos. A pesar de que se inspiró inicialmente en la necesidad económica de solventar la

escasez de personal profesional alrededor de la Segunda Guerra Mundial, la terapia de grupo ha avanzado hasta el punto en que ahora se le considera una forma única y valiosa de intervención en sí. Actualmente en raras excepciones se recomienda la terapia de grupo únicamente porque es mas económica, sino porque se juzga, con bases clínicas, como la intervención ideal para muchos tipos de clientes.

La terapia de grupo se practica en una variedad extensa de estilos y técnicas. De hecho, cada modelo principal de la Psicología clínica tiene tratamientos de grupo basados en sus principios. Existen grupos analíticos, grupos centrados en el cliente, grupos de análisis transaccional, grupos de encuentro, grupos gestalt y grupos del aprendizaje social. Los grupos también son una forma popular de intervención dentro de muchas organizaciones no profesionales de autoayuda. Algunos ejemplos comunes son los grupos para cuidar el peso, grupos de autoafirmación, grupos de concientización, y Alcohólicos Anónimos. Ciertos grupos presuponen una identidad especial debido a algún rasgo idiosincrático; los grupos de tipo maratón que perduran por periodos prolongados sin interrupción son un buen ejemplo.

Esta amplia variedad de teorías y prácticas dificulta el análisis de cualquier proceso uniforme de la terapia de grupo. No obstante, Yalom (1975) argumenta que detrás de todas las diferencias estilísticas existen algunas semejanzas esenciales en los grupos efectivos de terapia. La mayoría de los terapeutas acentúan la importancia de las relaciones interpersonales y suponen que la patología o infelicidad o desadaptación se puede reducir a simples dificultades en el desarrollo y mantenimiento de las relaciones interpersonales. Los terapeutas de grupo también suponen que los clientes tarde o temprano, durante el transcurso de las sesiones del grupo» serán "ellos mismos" y manifestarán sus conductas interpersonales desadaptativas. Una vez que hayan exhibido estas conductas, los demás integrantes del grupo pueden proporcionar alguna retroalimentación correctiva relacionada, y de esta manera instigar el aprendizaje de estilos interpersonales nuevos y más efectivos. Por último, las oportunidades para corregir los problemas conductuales se acompañan también de la oportunidad de los miembros del grupo para manifestar sus áreas, de fuerza, sensibilidad y empatia. Como resultado, la terapia de grupo no solamente es un reto para los hábitos y creencias dañino sino que también fortalece y apoya la conducta positiva.

Como varios de los sistemas de la Psicoterapia individual, parece que muchas de las aproximaciones a la terapia de grupo comparten ciertos "factores curativos" en común. Aunque algunos de estos factores son muy semejantes a aquéllos que se encuentran en la terapia entre un terapeuta y cliente, se considera que la mayoría de éstos son exclusivos de los grupos y que por lo tanto ofrecen una explicación para la utilidad especial que a menudo se le atribuye a esa forma de tratamiento. Se encuentra una discusión completa de los factores curativos de la terapia de grupo en el texto profesional de Yalom (1975), *Thé Theory andPractice of Group Psychotherapy* (La Teoría y la Práctica de la Psicoterapia de Grupo). En resumen, estos factores incluyen:

1 Compartir información nueva Como se recordará, ésta también fue una característica importante de la psicoterapia individual. En los grupos es probable

que la nueva información provenga de dos fuentes distintas. En primer lugar, el conductor o terapeuta del grupo puede ofrecer consejos o instrucciones de vez en cuando. Sin embargo, el consejo directo también proviene de los otros integrantes del grupo que comparten sus propias experiencias y lecciones del pasado. Las múltiples perspectivas del grupo en conjunto probablemente constituirán un caudal mucho más rico de información que por lo general sería posible con un solo terapeuta.

Un elemento principal de la información y retroalimentación del grupo es su *carácter de consenso.* El impacto de la información nueva aumenta mediante el acuerdo general en el que se basa. Aunque puede ser tentador descartar la retroalimentación que se recibe de una sola amistad o terapeuta, es progresivamente más **difícil** desacreditar las opiniones semejantes de ocho o diez observadores con base en que son tendenciosas o imprecisas. Las cantidades mayores adquieren fuerza especialmente cuando concuerdan con un punto de vista.

2 Infundir esperanza Este concepto es casi idéntico al de la expectativa de cambio que se analizó con anterioridad. Como en el caso de la psicoterapia individual, debe haber confianza en la eficiencia del terapeuta y una creencia acerca de que el tratamiento será útil. Como en el trabajo individual, se puede introducir la terapia de grupo con un razonamiento determinado que fomente y sostenga la esperanza de los nuevos integrantes, pero también existen algunos rasgos especiales de los grupos que pueden aumentar las expectativas positivas de sus integrantes. Es probable que el elemento más importante sea la oportunidad de los integranes del grupo para observar los cambios positivos que llevan a cabo los demás. Un cliente individual al perseguir el logro de cambios en su comportamiento se puede exasperar con su propio ritmo lento de niejoria. Sin embargo, al detectar los cambios lentos pero positivos en los demás puede llegar a reconocer que todas las personas crecen más o menos al mismo ritmo y por lo tanto mantener su fe en la efectividad del grupo.

3 Universalidad Los grupos dramatizan el hecho de que todas las personas luchan con determinados problemas en su vida. Una de las lecciones más valiosas que aprenden los integrantes de un grupo es que no se encuentran solos en su miseria o temores o su decepción. Este descubrimiento es importante debido a que muchas personas son muy reservadas acerca de sus problemas, lo cual restringe su habilidad para darse cuenta de que no son los únicos con ese tipo de dificultades. Un grupo permite que sus integrantes compartan sus problemas, y en este proceso, deriven alguna tranquilidad a partir del conocimiento de que "existen otras personas como yo". El conocimiento acerca de la universalidad de los problemas propios puede mitigar la ansiedad acerca de "volverse loco" o "perder el control". Además, descubrir que otras personas han llegado a superar algunos problemas semejantes puede facilitar la creencia en la propia capacidad para cambiar.

4 Altruismo Los grupos no solamente facilitan que se compartan los problemas, sino que también propician la manifestación mutua de los recursos personales. Los grupos le dan a los clientes una oportunidad para brillar, para

darse cuenta de que ellos pueden ayudar a otras personas. Así como la terapia de grupo produce nuevos "insights" acerca de las debilidades interpersonales, también confirma la presencia de las cualidades y fortalezas interpersonales. La función de la persona que "es ayudada" por íos demás se combina con la función de la persona que "ayuda a los otros". A menudo los clínicos se refieren a las emociones positivas que suceden a la conducta altruista como "sentimientos de valor personal". Sin importar la denominación, los integrantes del grupo por lo general experimentan cierta euforia al poder ayudar y preocuparse por otra persona.

5 Aprendizaje interpersonal Debido a su propia naturaleza, los grupos de terapia requieren de la conducta interpersonal. Al inicio de un grupo, es probable que los contactos entre los integrantes sean formales, reticentes y precavidos. A medida que el grupo avanza y los integrantes se llegan a conocer entre sí, estos contactos se vuelven más espontáneos, íntimos y directos. Una terapia de grupo que se conduce de una manera adecuada es el ambiente ideal para el aprendizaje de habilidades interpersonales y sociales nuevas. Es una comunidad pequeña que proporciona mucho apoyo a sus colegas. Presenta oportunidades repetidas para practicar las habilidades sociales fundamentales con diferentes tipos de personas y con la ventaja de obtener una retroalimentación casi inmediata sobre la ejecu ción. Los grupos también contienen una buena cantidad de modelos para el aprendizaje por medio de la imitación: una de las maneras más eficientes para aprender conductas nuevas. Yalom (1975, p. 22) comenta sobre la cualidad inter personal extensa de la terapia de grupo en los siguientes términos:

> Los pacientes de una terapia de grupo, aproximadamente alrededor del tercero y sexto mes de la terapia, a menudo experimentan una modificación en sus metas terapéuticas. Su meta inicial, alivio del sufrimiento, se altera y eventualmente se substituye por metas nuevas, por lo general de naturaleza interpersonal. En otras palabras, las metas cambian de desear obtener alivio de la ansiedad o depresión a desear aprender a comunicarse con los demás, a tener más confianza y ser más honesto con las otras personas, a aprender amar. Uno de los retos iniciales del terapeuta es facilitar esta traducción de los síntomas a los constructos interpersonáles.

6 Recapacitación de la familia primaría Muchos de los terapeutas de grupo consideran la terapia de grupo como una "reencarnación" de las familias primarias del cliente. En algunas ocasiones se le refiere a esta característica como *reescenifica ción de la familia,* y se considera que es un factor curativo debido a que permite que el cliente maneje aquellas experiencias familiares que lo inquietan, confunden y corrompen su funcionamiento actual.

Yalom (1975) sugiere que es importante explorar los "fantasmas" familiares pasados que aún pueden espantar al grupo siempre y cuando el enfoque principal del grupo permanezca en el aquí-y-ahora.

> Los eventos que acontecen en el grupo, la rivalidad entre los integrantes, los terapeutas parentales, y las fantasías regresivas del grupo contribuyen a acarrear al paciente hacia su pasado y vida temprana en la familia. El reescenifica los guiones familiares iniciales en el

grupo, y si la terapia es exitosa, es capaz de experimentar con varias conductas nuevas, y romper las cadenas de la posición familiar que alguna vez ocupó. El paciente toma cautivo al pasado, y nuevamente si la terapia es exitosa, lo hace de una manera menos arbitraría; de hecho, el paciente cambia su pasado al reconstruirlo (p. 98).

La recapitulación de la familia es la contraparte de la terapia de grupo de la relación de transferencia que pertenece a la teoría de la terapia psicodinámica individual. Los integrantes del grupo a menudo reaccionan con los conductores del grupo o con otros de los participantes como si fueran sus padres. La distinción principal entre estos dos fenómenos es que por lo general se considera que la transferencia es un factor mucho más crucial del éxito en el psicoanálisis que lo que lo es la reescenificación de la familia en una terapia de grupo efectiva.

7 Cohesión de grupo Se puede considerar la cohesión como "hasta qué punto es atractivo un grupo para sus integrantes" (Frank, 1957). Yalom (1975) sugiere el uso de sinónimos de "agrupamiento" "groupness" y "nosotros" "we-ness" para describir la experiencia de la cohesión de grupo. Mientras que es algo difícil definir el concepto, sus manifestaciones son bastante claras cuando un grupo las experimenta. Los integrantes de los grupos cohesivos se aceptan bien entre sí y es probable que formen relaciones cercanas y de apoyo mutuo. Están dispuestos a escuchar y dejarse influir por el grupo. Participan activamente en el grupo, sienten seguridad al estar en el grupo, y, se mantienen bastante inmunes a la interrupción externa que amenace el progreso del grupo. Los grupos cohesivos también permiten la expresión de la hostilidad, siempre y cuando los conflictos no violen las normas del grupo. La asistencia es buena y regular en los grupos cohesivos, y la terminación prematura del tratamiento por lo general no es un problema (Yalom, 1975).

A menudo se considera que la cohesión de grupo es el factor curativo más importante. Su valor dentro de la terapia de grupo se aproxima al de la relación terapéutica en la psicoterapia individual. Yalom (1975) considera la cohesión como una "condición previa necesaria" para el tratamiento efectivo de grupo y una que favorece el desarrollo de los demás factores curativos. La cohesión ejerce su influencia benéfica de muchas diferentes formas. La aceptación que los integrantes reciban por parte del grupo puede mermar su propio sentimiento de minusvalia. La *estima pública* del grupo se convierte en el punto de referencia que ejerce influencia sobre la *autoestima* propia de los integrantes. Por lo general, el efecto de esta influencia consiste en un incremento en la autoestima personal, debido a que es común que los grupos evalúen a los integrantes individuales de una manera más favorable que como cada persona se evalúa a sí misma. Cuanto más poderosa sea la cohesión del grupo, es más probable que cada integrante esté de acuerdo con el juicio del grupo. Los integrantes del grupo, a su vez, se esforzarán por cambiar con el fin de confirmar la impresión que el grupo se haya formado de ellos. El efecto se parece a algo como una *profecía cumplida por el grupo* en la cual los integrantes están motivados a "no defraudar al grupo". Las conductas que el individuo alguna vez consideraba que eran "imposibles" se pueden llevar a cabo en gran medida debido a la exigencia y presión positiva por parte del grupo de que por lo menos las intente.

Kaul y Bednar (1978) intentaron resumir las cualidades que haceji que la terapia de grupo sea una intervención claramente distinta. Como se notó previamente, la presencia de varios clientes no es un rasgo que la discrimina de manera satisfactoria. Kaul y Bednar señalan que los grupos ofrecen cuatro tipos de aprendizaje que no están presentes y no se pueden duplicar en la psicoterapia individual. Estos cuatro tipos de aprendizajes se relacionan de manera cercana a los factores curativos de Yalom, y cumplen con el propósito útil de resumir e integrar la lista más detallada de conceptos de Yalom. Se pueden considerar estos cuatro factores como los constructos dé un nivel más alto bajo los cuales se pueden sintetizar los factores curativos anteriores. Dé acuerdo con Kaul y Bednar (1978, p. 179), los cuatro tipos de aprendizaje que son exclusivos de la terapia de grupo son:

1 Los integrantes pueden obtener beneficios como una consecuencia de los aprendizajes basados en su participación dentro de un microcosmos social que se desarrolla y la evaluación que vayan formando;
2 Los miembros del grupo se pueden beneficiar al dar y recibir la retroalimentación del grupo;
3 Los individuos pueden mejorar como un resultado de la validación consensúa que se deriva del grupo; y
4 Los individuos se pueden beneficiar de la oportunidad única para verse implicados de manera reciproca con otros integrantes del grupo que actúan tanto como personas que ayudan como personas que reciben ayuda de los demás.

Práctica de la terapia de grupo

Composición del grupo El número de personas que forman los grupos de terapia por lo general varían entre seis y doce integrantes. El número necesita ser lo suficientemente grande como para que Surjan las cualidades especiales de un grupo sin ser tan grande que se dificulten o se hagan triviales las interacciones. Si un grupo es demasiado pequeño, se pueden poner en peligro las ventajas de la universalidad y cohesión. Sin embargó, es más común que ocurran riesgos mayores cuando los grupos son demasiado grandes. En el caso de los grupos más grandes hay una tendencia a que la retroalimentación sea más mecánica y superficial. También puede darse una exploración menos sensible de los puntos de vista de los demás. Otro problema principal de los grupos más grandes es que es más probable que haya integrantes "aislados" (personas que casi no participan).

Un aspecto importante que enfrenta el conductor de un grupo se relaciona con el tipo de cliente que debe ser aceptado en un grupo. A menudo la evaluación inicial de los aspirantes al grupo ño está tan estructurada como la que se encuentra en el caso de la psicoterapia individual. La mayoría de los terapeutas de grupo se basan en una entrevista para seleccionar a las personas que desean ingresar en el grupo. Intentan excluir a aquellas personas que tienen una lesión cerebral o que son paranoides, hipocondriacas, suicidas, sumamente narcisistas, sociopáticas, adictas a alguna droga o al alcohol, o psicóticas (Yalom, 197S). De acuerdo con Yalom, "parece que el destino de estos pacientes es fracasar debido a su incapacidad para participar en la tarea primaria del grupo: en poco tiempo

construyen o adoptan un 'papel'interpersonal que resulta ser perjudicial tanto para sí mismos como para todo el grupo" (1975, p. 221).

Los conductores de un grupo discrepan acerca de si los grupos deben ser *homogéneos,* en cuyo caso los integrantes tienen características semejantes en determinadas dimensiones tales como la edad, sexo y tipo de problema, o *heterogéneos,* donde hay una mezcla de diferentes tipos de clientes. Desde una perspectiva exclusivamente pragmática, es mucho más fácil formar un grupo heterogéneo. También tienen la ventaja clínica de que exponen a los integrantes a una variedad más amplia de personas y puntos de vista. Hasta el punto en que un terapeuta desea que su grupo sea representativo del "mundo real", él o ella preferiría un grupo heterogéneo. La ventaja principal de los grupos homogéneos es que facilitan una concentración más directa sobre la mejoría de los síntomas. Se puede comprender cómo el grupo homogéneo permite un enfoque más directo sobre los problemas, ya que a menudo la identidad de este tipo de grupo se define en términos de una dificultad común que motivó en sus inicios el tratamiento.

Duración del grupo ¿Cuánto dura la terapia de grupo? ¿Cuánto tiempo se prolonga una sesión típica del grupo? Las preguntas como éstas acerca de la temporalidad son muy importantes en la terapia de grupo debido a que los practicantes de esta forma de terapia creen que la cantidad y naturaleza del periodo que pasan juntos los integrantes determina la calidad de las interacciones del grupo. Sin embargo, es frecuente que este tema se deje abierto a la disposición del terapeuta y que varios conductores debatan entre sí sobre las respuestas óptimas de las preguntas anteriores.

Algunos grupos, como los militares viejos, nunca perecen. Se podría decir que estos grupos se vuelven orgánicos, ya que continúan funcionando a través de periodos prolongados al incorporar integrantes nuevos a medida que salen algunos viejos. Otros grupos tienen una limitación temporal, y duran solamente un periodo determinado de sesiones. Es posible que éstos últimos estén abiertos para los aspirantes nuevos, pero por lo general se mantienen cerrados y únicamente continúan con los participantes iniciales.

Por lo general las sesiones de los grupos son más largas que las sesiones de la psicoterapia individual. Probablemente la duración más común es de dos horas. Las sesiones de un grupo necesitan ser más largas por la obvia razón de que les toma más tiempo hablar a ocho clientes que a uno. También existe una tendencia a emplear más tiempo para que un grupo logre un nivel de diálogo significativo y valioso.

Las sesiones largas son una característica que define las aproximaciones de maratón del tratamiento de grupo. Bednar y Kaul (1978) sugieren que mientras que no existe una delimitación clara entre el maratón y las otras aproximaciones de grupo, por lo general se supone que una sesión de maratón durará entre 6 y 48 horas o más. De acuerdo con Bednar y Kaul:

> El criterio que apoya el valor de la aproximación del maratón parece bastante sencillo y directo; las personas fingen y se defienden menos a medida que están más fatigadas. Los defensores de la aproximación del maratón argumentan que las juntas típicas de una a tres horas de los grupos no les proporcionan un tiempo suficiente como para

> que se cuarteen sus fachadas sociales. Además, afirman que a medida que se desgasta el almacén de energía disponible de cada integrante, él o ella se vuelve más capaz de demostrar sus verdaderos sentimientos, actuar con mayor transparencia, e intentar formas nuevas de comportarse. Por último, se sostiene que simplemente el distanciar a un individuo de su ambiente tradicional puede facilitar que ocurra el aprendizaje.
>
> Los críticos de la técnica del maratón no se han dejado convencer por estos argumentos. Se han preguntado que si alguien está demasiado cansado como para fingir por qué no está también demasiado cansado como para intentar formas nuevas de comportarse o relacionarse de una manera más cercana y constructiva con los demás integrantes. También se han interrogado si es muy factible que los aprendizajes nuevos se transfieran al mundo común del participante. Por último los críticos han puesto en tela de juicio si persistirán los cambios que ocasionan las condiciones del maratón (p. 782).

El terapeuta de grupo El terapeuta del grupo debe caminar por una línea muy angosta entre la opción de ejercer demasiado control sobre el grupo y permitirle que "cabalgue libremente" sin un determinado enfocamiento, anclaje o meta. Es probable que la mejor manera de concebir al terapeuta del grupo sea como "el primer voto en un grupo democrático" ya que es la persona responsable de que el grupo se mantenga sobre sus propósitos y que los integrantes aprovechen las oportunidades para ayudarse, sin ser el único mediador del cambio. Korchin (1976) describe al terapeuta efectivo en los siguientes términos:

> El "papel" o función del terapeuta, en especial al iniciarse un grupo, se centra en la creación, construcción y mantenimiento de la cultura del grupo. Debido a que los integrantes son extraños entre sí, acuden al terapeuta para que éste defina las reglas básicas de la terapia. El, a su vez, mediante el ejemplo y preceptos verbales establece los principios básicos bajo los cuales debe funcionar el grupo, a pesar de que éstos pueden cambiar durante el transcurso del tiempo a medida que surgen una cultura y normas del grupo. El terapeuta se debe mantener alerta a los factores potenciales que pueden irrumpir el proceso e intervenir cuando sea necesario. El proceso de un grupo se puede ver amenazado por la ausencias o retardos continuos, por la formación de subgrupos o chivos expiatorios, y la tarea del terapeuta en minimizarlos (p. 395).

Terapia conyugal y familiar

La discordia conyugal y familiar se han convertido en dos de los problemas más comunes que enfrenta el psicólogo clínico. Las observaciones sobre la magnitud de estos problemas no se pueden pasar por alto. Más de uno de cada tres matrimonios termina en el divorcio. La tragedia de las separaciones familiares se descrubre a través de los incrementos dramáticos en el abuso y mal trato de los niños, suicidio de adolescentes, hijos fugitivos y deserción de los padres. Ha aparecido una cantidad explosiva de literatura profesional sobre la teoría y el tratamiento de las familias y matrimonios perturbados (Ables y Brandsma, 1977:. Ackerman, 1958; Bell, 1961: Haley, 1971:LedereryJackson, 1968;Liberman, 1970;Patterson, 1971;Satir, 1967).

Terapia conyugal En la terapia conyugal el "cliente" es el matrimonio, o expresado de una manera más precisa, la pareja casada. (Debido a la naturaleza

Cuadro 8-3 Un ejemplo de terapia de grupo

Esta breve transcripción proporcionará una mejor idea de lo que sucede en un grupo. Se obtuvo de un libro de Thomas Verny (1974) quien reporta que es un relato a la letra de aproximadamente una hora de la interacción de un grupo (sin incluir los comentarios, las repeticiones y los titubeos que no fueron importantes).

Beth: Después de la sesión de la semana pasada estaba muy muy enojada. Hasta pensé que ya no debería estar en este grupo. Sentí como si todos sacaran sus garras en contra de mí todo el tiempo.

Dora: Yo también me sentía muy agitada.

Fred: Yo sólo quiero decir una cosa. Es que la semana pasada sentía la tensión más extraña y no podía decidirme si era cosa mía y quería alejarme. Y luego pensé: esto es ridículo.

Beth: Yo casi. .. eso es porque casi no tenía ganas de venir esta semana. Tengo mucho trabajo y es muy pesado, y no necesito más fricciones en mi vida, especialmente estos ataques que he estado recibiendo durante las últimas semanas.

Dora: ¿Tienes alguna idea?. .. ¿Te das cuenta de por qué has estado sintiéndote así? Te lo digo porque estoy muy enojada contingo porque no haces nada acerca de tu situación.

Beth: Yo salgo y hago todo lo que puedo, [pausa] Además yo pienso que ésa sea la verdadera razón para que todo el mundo me ataque.

Dora: Bueno, si no me crees puedes decirme lo que piensas.

Beth: Me tienes celos.

Dora: Está bien; eso es cierto. Pero no lo pongas en esta categoría, porque la razón que yo he tenido no tiene nada que ver con los celos.

Beth: Algunas veces me gustaría decirte que te vayas a la chingada.

Dora: Buenos, pues, ¿entonces por qué no lo hace? ¿Qué me puedes decir acerca de tu departamento, has sido capaz de hacer algo sobre esto?

Beth: No.

Dora: ¿Estás enojada conmigo porque te pregunté esto?

Beth: No.

Dora: ¿Te gustaría tener un precioso departamento?

Beth: Sí y también me gustaría tener una relación permanente con un hombre y muchas otras cosas.

Terapeuta: Bueno, lo que yo me pregunto es hasta cuándo se van a sentir mejor.

Beth: Cuando yo no deje que el mundo me controle. Cuando ya no me dé miedo. Cuando empiece a confiar un poco más en mí misma.

Terapeuta: ¿Qué vas a hacer para lograr ser esa clase de persona?

Beth: Bueno, la semana pasada a propósito puse mi guión cinematográfico a un lado y descansé cuando me dio la gana. Salí a caminar y decidí que no me iba a atizar a mí misma por hacerlo.

Dora: Estás herida por haber perdido a Tom.

Beth: No sólo por Tom. Estoy herida porque él señalando al terapeuta piensa que soy una persona infeliz. No estoy contenta. No estoy muy satisfecha con mis circunstancias pero tengo que aprender cómo aceptarlas.

Terapeuta: Tú siempre estás cambiando; es como caminar sobre la arena en el desierto pues nunca podemos encontrar la esencia de Beth, que la ha mantenido buscando ayuda psiquiátrica durante los últimos cuatro o cinco años.

Beth: Para mí la esencia es un vacío. Yo no sé que es eso [pausa]. A menos de que veas que alguien abra sus entrañas, tú crees que no pasa nada, [dirigiéndose al terapeuta]. No sé qué decirte.

Dora: No creo que eso sea lo que quieres decir exactamente.

Beth: Se suponía que yo no debería madurar. Nadie me iba a querer si yo madurara. De seguro nadie me iba a querer si yo fuera más lista o mejor en mi trabajo que mi hermano, mi padre o mi madre. Por eso cuando me siento inflada, me aislo.

Fred: No estoy inflándote. De ninguna forma.

Beth: Tengo el sentimiento de que estoy causando mucha turbulencia.

Terapeuta: Sí, lo estás haciendo.

Beth: Bueno, yo sólo estoy contestando las preguntas.

Terapeuta: Sí, sólo estás actuando como la niña linda y contestas preguntas.

Beth: Es cierto, estoy siendo una niña linda.

Terapeuta: ¿Cuándo vas a dejar de ser sólo una niña linda y empezar a ser tú misma?

Beth: Temo lo que la gente dirá de mí. "Ahí va la cabrona* número uno."

Terapeuta: Yo prefiero que seas la cabrona* número uno que la "qvetch" número uno.

Dora: ¿Esa es una palabra judía?

Beth: Sí lo es. Se refiere a una persona que se queja de manera crónica.

Annette: Los grupos están llenos de ellas.

[Todos ríen]

Bill: ¿Cómo podemos ayudarte ahora?

Beth: Si me hacen ver que no me dejarán de querer si me enojo.

Varias personas: ¿Por qué no nos dejas intentarlo?

Jim: Hay una cualidad que me gusta de Beth y parece que ninguna otra mujer en este grupo la tiene más que ella, y es que a menudo se ríe de sí misma. ¿No es cierto? Cuando dijiste "qvetch", e inmediatamente [sic], hubo una sonrisa en su cara. Como que se le encendió.

Terapeuta: Por eso yo digo que [dirigiéndose a Beth] solamente estás jugando a ser neurótica.

Beth: Esa es otra cosa que me está molestando. Por qué pienso que soy tan neurótica. Me siento muy chistosa ahorita. Estoy apenada [silencio]. Me pregunto cómo se siente todo el mundo.

Terapeuta: ¿Por qué siempre hay una necesidad de hablar?

Beth: Porqué nunca recibo nada de regreso. La única vez que sé lo que piensan es cuando hay algo que está mal en mí.

Terapeuta: ¿Por qué no confías en tus propios recursos? Has hablado; has meditado acerca de ti misma; te has puesto introspectiva; ¿por qué no te puede ayudar eso por sí solo? ¿Por qué necesitas saber lo que piensan Henry, Joe y Jean y todos los demás?

Dora: ¿Sabes qué Beth? Pienso que quieres más y más y más y nada te basta.

Jim: Me siento muy hostil hacia ti Beth, debido a que Tom te dirigió una fra-

se de que tú estabas jugando a ser neurótica, y sin importar que sea cierto o no, es una frase muy importante y tú ni siquiera la escuchas.

Terapeuta: Creo que una de las razones por las que te apenaste hace unos minutos es que no estabas jugando a ser neurótica. Era un "papel" nuevo que no te era familiar.

Beth: Porque estaba hablando de todas mis cosas. Creo que me dio vergüenza porque me enseñaron que está mal estar sola, ser tú misma, valerte por ti misma.

Boris: Creo que estabas avergonzada porque la mayor parte del tiempo no me llega Beth, me llega una actriz muy buena pero no es Beth.

Beth: Eso me aterroriza.

Terapeuta: Bueno, entonces aterrorízate. No pareces aterrorizada.

Dora: No creo que sea demasiado difícil para que sepas cuando estás actuando como tú misma y cuando no, pero desde luego es algo que necesitas descubrir.

Terapeuta. Una de las cosas que yo sé que tú haces es que tú pones funciones en escena para las audiencias y no quiero decir que tú como actriz, sino tú como Beth que está actuando.

Dora: Y aquí está una audiencia.

Terapeuta: Tú constantemente piensas: "¿Cómo les va a agradar eso, desagradar esto otro, cuál va a ser su reacción?"

Jim: Sabes, ahora que mencionas esto acerca de que Beth actúa, después de la sesión de la semana pasada la llevé a su casa. Yo era la única persona que estaba presente y estaba asombrado porque se comportó como si la sala estuviera llena de gente. Yo sentía como si en algunas ocasiones estuviera hablando con personas que ni siquiera estaban en la sala. Iba a la puerta y decía sus líneas a través de la puerta y hacia varias partes de la sala, probablemente actuando para mí, o algo por el estilo. Era como observar una función muy extraña. Ella abre la puerta pero realmente no la abre, la suelta.

Rosemary: Beth, no lo tomes como crítica, se te está retroalimentando. Ninguno de nosotros nos podemos ver realmente como somos. Cuando estés preparada para escuchar a cualquier otro, entonces quizá estarás preparada para dejar de hacer las cosas que ni a ti te gusta hacer.

Jim: Hasta en el grupo actúas muy a menudo, y la mitad del tiempo yo no puedo escuchar o que estás diciendo, y seguido no se conecta con nada.

Beth: Yo no recuerdo haber puesto todas esas escenas y haber actuado como una loca.

Terapeuta: Si solamente dejaras, Beth, de discutir y te concentraras y lo comprendieras, observaras tu patrón, creo que te ayudaría mucho.

Beth: ¿Con qué frecuencia repito esto con los demás? Dora dijo que lo hago, Joe también. Jaime me lo está diciendo ahora.

Terapeuta: Y Dan lo dijo cuando estaba en el grupo. Cualquier persona que te ha llegado a conocer lo ha dicho en algún momento. Como que te desconectas o te ocupas de ti misma.

Dora: Y nadie lo puede detener.

Beth: Sí, y me pregunto por qué lo hago. Ahora sí lo escucho, lo reconozco.

Fuente: Verny, 1974, pp. 78-83.

cambiante de las uniones en nuestra cultura, cada vez más se considera la terapia conyugal como la "terapia de parejas" con el fin de reflejarel hecho de que se dirige hacia las personas que están implicadas en una relación a largo plazo e íntima, y no solamente a aquellos que están casados legalmente.). Este tipo de tratamiento también se denomina "terapia conjunta", lo cual simplemente significa que los dos integrantes de una pareja ven al mismo terapeuta dentro de la misma sesión.

La terapia conyugal se puede ver precedida, seguida, o acompañada, por una psicoterapia individual para uno o los dos esposos. Se recomienda la terapia individual además de la conyugal cuando uno de los integrantes de la pareja sufre de algún problema que en realidad no se vincula de una manera importante con la relación.

La terapia conyugal no equivale a dos psicoterapias por el precio de una (o el precio de dos). En la terapia conyugal el clínico se centra en una *relación perturbada.* El acento difiere de la labor con *un individuo perturbado en una relación,* lo cual sería una meta apropiada en una psicoterapia individual. Por lo general la necesidad de una terapia conyugal se deriva de que las expectativas y necesidades de la pareja entran en conflicto. Es posible que una esposa que ¡nicialmente se vio atraída por la personalidad arrolladora y la imagen de "conquistador" de su esposo actualmente considere estas mismas cualidades como obstáculos a la seguridad y fidelidad emocional que ahora espera de su relación. También es posible que un esposo llegue a sentir que lo que una vez admiró como el carácter caprichoso de su esposa ahora es un elemento que amenaza su dominación en el matrimonio. Con una mayor frecuencia las relaciones íntimas se ven acosadas por los problemas en las áreas de satisfacción sexual, autonomía personal, dominio-sumisión, responsabilidad de la crianza de los niños, manejo del dinero, fidelidad, y la expresión de desacuerdos y hostilidad. Tanto las nietas como las técnicas que empleará el terapeuta conyugal dependen de cuál de estos conflictos considera que ejerce una mayor presión sobre una determinada pareja. A pesar de que la orientación teórica (psicoanalítica, fenomenológica o del aprendizaje social) de los terapeutas conyugales tendrá una influencia sobre su elección de determinados procedimientos,.es probable que la amplitud de diferencias entre los practicantes de la terapia conyugal sea más pequeña que la que existe entre las mismas personas que practican su versión de la psicoterapia individual.

Si se buscara un tema común entre los terapeutas conyugales sería el acento que ponen sobre la importancia de la *solución de problemas.* La solución de problemas implica enseñar a la pareja la manera cómo puede solucionar sus propios problemas de una manera más constructiva. No significa que el terapeuta interviene y soluciona sus problemas a los cónyuges, y ni siquiera que aconseja de una manera directa a la pareja cómo debe solucionar sus problemas. La tarea del terapeuta es facilitar que la pareja trabaje junta para que logre aprender maneras nuevas para manejar los problemas inevitables de una relación cercana.

Una pieza central en la solución de problemas es enseñar a la pareja a comunicarse de una manera más efectiva. "Mejorar la comunicación" es un ingrediente tan básico enlodas las terapias conyugales que corre el riesgo de convertirse en

una frase estereotipada o cliché; no obstante, su verdadera función en la terapia es básica.

Este trabajo de comunicación requiere esfuerzos para cambiar no solamente la manera como se dirigen uno al otro en la conversación sino también como conciben su relación. Los terapeutas a menudo descubren que cuando existe algún problema en una relación, los integrantes de la pareja a menudo se preocupan de la decisión acerca de quién es el culpable de que tengan ese problema. Dedican gran parte de su energía en acusarse mutuamente, en pensar acerca del pasado, en plantear tales exigencias que con seguridad nunca las cumplirá la otra persona, y finalmente, en retirarse y evitarse el uno al otro. Entre las tareas múltiples que implica el mejoramiento en la comunicación se encuentran: enseñar a la pareja a aceptar la responsabilidad mutua para trabajar sobre sus problemas, mantener el enfoque sobre el aquí-y-ahora de su relación, fomentar la expresión de las preferencias personales en lugar de las exigencias de ser obedecido, y negociar acuerdos y soluciones a determinados problemas que hace mucho tiempo la pareja había considerado que eran irresolubles.

Un extracto breve de un tipo de terapia conyugal que Ables y Brandsma citaron (1977) ejemplifica varios de los temas anteriores. En este ejemplo el terapeuta (T) trata de ayudar a la esposa (E) a que abandone su tendencia a culpar al esposo por algunas de las conductas de él que a ella le irritan:

T: Sí pienso que lo que Pete está diciendo es un punto importante. Hay aspectos en que los dos serán diferentes y cada uno de ustedes pensará que las cosas que él hace son mejores o tienen más sentido que las que hace la otra persona, y es probable que eso sea una gran parte de la realidad futura. No van a ser capaces de cambiar esos aspectos o cosas que cada uno hace. Y cada persona es diferente. Las personas tienen sus propias formas predilectas de hacer las cosas y de nuevo lo que tú estás dando a entender es que eso está muy mal y que determinadas cosas que él hace están equivocadas; son ridiculas y no tienen sentido, no las comprendo o algo parecido. Es posible que no las comprendas pero forman parte de una realidad de cada uno de ustedes. Eso es algo que tienes que aprender a manejar de alguna manera. Si no tú. . . la razón por la cual estoy dándole tanta importancia a esto es que creo que ocupa una gran parte de tu criticismo.

E: Pues, sí se me hace difícil tolerar, creo que esa es la palabra, tolerar algunas de las idiosincracias que juzgo o considerar totalmente ridiculas. Soy intolerante. Lo soy y me cuesta mucho trabajo. Encuentro imposible hacerlo de una manera como si estuviera de acuerdo sin expresar algo como: "Ay, tú eres ridículo."

T: Me imagino que algo que te ayudaría sería expresar algo de una manera lo suficientemente honesta como: "No me gustan" o "No considero que está bien" sin tener que aumentarle un mayor juicio de valor acerca de si es tonto o ridículo o alguna otra cosa lo que él hace. Esa es la parte que duele. Es cuando tú lo condenas por esas cosas: eso es lo que le va a doler. Estoy seguro, desde el punto de vista de Pete, que esas cosas tienen sentido para su propia economía de funcionamiento. Hay algún sentido en la manera cómo él hace las cosas así como lo hay en la forma cómo tú haces las tuyas. No son ridiculas. Tienen sentido en tér-

minos de la posición en que te encuentras, las cosas con las que estás luchando, y la forma óptima cómo las puedes manejar en la actualidad. No estoy tratando de decir que te tienen que parecer o gustar, pero cuando le comunicas y expresas: "Eso es ridiculo o tonto" ésa es la parte que hace que duela.

E: Pues, dime otra vez cómo le debo decir, porque a mí me cuesta trabajo decir otra cosa que no sea: "Es verdaderamente estúpido, es ridículo". Sé que lo dijiste hace un momento pero se me fue.

T: Pues, en cualquier momento trata de decirlo de acuerdo con la forma cómo a ti te afecta, por ejemplo: "Me cuesta trabajo, me es difícil aceptarlo", eso no expresa: "Tú eres un bruto por querer hacerlo de ésta o la otra manera." Es simplemente eso: "Encuentro difícil aceptarlo, me siento molesta en esta circunstancia", o algo por el estilo. Mantente con tus sentimientos en lugar de tratar de evaluar a Pete. Tú sabes si dices: "Pios mío, nadie que esté cuerdo tiene que lograr hacer las cosas de esa manera."

E: Se parece a lo que digo. (El esposo ríe)

T: Ese es el tipo de cosas que le van a llegar a él.

E: Pues existen muchas, muchas cosas como ésta y estoy segura de que no las manejo bien, pero me cuesta mucho trabajo aguantar las cosas que son tan diferentes a mi naturaleza.

T: Eso lo comprendo.

[El terapeuta continúa observando un incidente en el que al esposo no le pareció lo que hizo su esposa, pero superó su molestia de la mejor manera que pudo sin atacarla.] (pp. 92-94).

Terapia familiar A pesar de que en muchos aspectos son muy similares, la terapia conyugal y la terapia familiar evolucionaron debido a diferentes razones. La terapia conyugal fue una rama natural que creció a partir del hecho de que muchos clientes se quejaban de los problemas matrimoniales. Las raíces de la terapia familiar son mas indirectas y brotan del hecho de que las personas que lograban grandes mejorías durante la terapia individual o el tratamiento institucional a menudo tenían una recaída cuando regresaban a sus familias. Esta observación, acompañada de otros descubrimientos e investigaciones clínicas, conllevaron a varias teorías de psicopatología que acentuaron la importancia del ambiente familiar y las interacciones entre los padres e hijos como las causas de la conducta desadaptativa (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956: Lidz y Lidz, 1949: Sullivan, 1953).

La terapia familiar también se distingue de la terapia conyugal en que por lo general comienza por centrarse sobre los problemas de uno de los integrantes de la familia en lugar de tratar todo el sistema familiar. Los terapeutas a menudo se refieren al "cliente identificado" como la persona de la familia que ha sido señalada como que tiene el problema. Por lo común, el cliente identificado es un hijo del'sexo masculino (a menudo de edad adolescente) que los padres han llegado a etiquetar como un "problema de comportamiento" o "imposible de manejarse". Mientras que la terapia familiar puede comenzar con un enfoque sobré el integrante sintomático, el terapeuta lo más pronto que pueda intentará otorgarle otro marco al problema en términos de procesos familiares perturbados

o comunicación familiar deficiente. Mientras que el mantenimiento del bienestar del cliente identificado es una preocupación e interés central, el terapeuta fomentará que todos los integrantes de la familia se percaten de (1) su propia contribución al problema, y (2) los cambios positivos que puede realizar cada integrante.

Como en el caso de la terapia conyugal, la meta más común de la terapia familiar es mejorar la comunicación. Por ejemplo, parece que las familias perturbadas se apoyan en las órdenes coercitivas como el medio principal para comunicarse. A menudo el mensaje procedente tanto de los padres como de los hijos se presenta en la forma siguiente: "O haces lo que yo quiero o te arrepentirás." El terapeuta debe intentar enseñarles a todos los integrantes de la familia otras formas que no sean coercitivas para comunicar sus necesidades. Otras áreas de la comunicación familiar sobre las cuales es posible que trabaje el terapeuta incluyen enseñar a los padres la importancia de ser consistentes en el establecimiento de las normas y disciplina, fomentar que cada integrante de la familia se comunique con los demás de una manera clara y directa, minimizar que se tome al cliente identificado como chivo expiatorio, y ayudar a los integrantes de la familia a que examinen hasta qué grado es apropiado lo que esperan del resto de la familia.

Virginia Satir (1967), una de los practicantes mejor conocidos de la terapia familiar, ofrece el siguiente ejemplo de la manera cómo el terapeuta familiar trata de favorecer la comunicación más directa entre los padres y sus hijos:

> El terapeuta trata de ayudar a que los padres comprendan a sus hijos y puedan recibir "retroalimentación" de ellos.
>
> Pide a los padres que den una explicación del comportamiento de su hijo, de tal forma que las explicaciones encubiertas se vuelvan abiertas y de esta manera se puedan manejar. Pone en tela de juicio las interpretaciones que son solamente negativas y responde a las preguntas encubiertas que se hacen los padres acerca de sus hijos.

Madre: Su placer está en hacer todas las cosas que él sabe me pondrán los nervios de punta. Cada minuto que está en la casa. . . constantemente.

Terapeuta: No hay ningún placer en eso, mi querida.

Madre: Pues, para él lo hay.

Terapeuta No. Tú no puedes ver sus pensamientos. No puedes meterte dentro de su piel. Solamente puedes hablar de lo que oyes y ves. Pero puedes decir que *parece* que lo hace por placer o gusto.

Madre: Está bien. Pues, parece como si, y eso es lo que parece constantemente.

Terapeuta: El podría estar tratando de llamar tu atención, tú sabes, es muy importante para Juanito lo que piensa Mamá.

Pide al hijo que explique su propia conducta.

Padre: Quiero decir que él nunca quiso que yo me quedara y lo observara jugar béisbol.

Terapeuta Dime, ¿cómo te explicaste esto a ti mismo? ¿Por qué crees que él no quería que te quedaras viéndolo?

Padre: Pues, ese es el problema. Nunca he podido encontrar la respuesta;

Terapeuta: Pues, una manera de averiguarlo es *preguntando.* Hay que preguntarle a Juanito. Él te podrá decir. Quizá se siente inquieto cuando Papá anda por ahí.

Hijo: Me pondría apenado, algunas veces.

Terapeuta: Te apenarías.

Hijo: Sí. Es que estaba Patty con él y Patty siempre está haciendo un escándalo. Los demás cuates se reirían. . .

Ayuda al niño a que exprese su frustración y coraje y a que discrimine las situaciones que le provocan coraje:

Terapeuta: ¿Tú te enojas algo con tu papá cuando él se enoja contigo?

Hijo: Sí, y algunas veces se enoja muchísimo y me pellizca la oreja.

Terapeuta: El te pellizca la oreja. ¿Te dan ganas de pegarle de regreso?

Hijo: Sí, a veces me enojo muchísimo.

Terapeuta: Entonces, ¿qué es lo que te detiene a pegarle?

Hijo: Pues, este, él es más grande que yo." (pp. 151-152).

Entre los problemas por los cuales se puede preferir la terapia familiar se encuentran las crisis familiares, los problemas conyugales o sexuales, y los conflictos acerca de los valores, creencias, estilos de vida, o metas (Korchin, 1976).

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

La evaluación del tratamiento psicológico es un interés principal de por lo menos tres tipos de audiencias diferentes, y cada audiencia tiene sus propios valores que influyen sobre su definición de salud mental así como los criterios que se emplean para estimar la salud mental (Strupp y Hadley, 1977: véase la Tabla 8-1). En primer lugar, está el cliente, el consumidor del servicio profesional, quien se comprende que tienen más que un interés pasajero en el éxito de una actividad en la que él ha invertido mucho esfuerzo personal, tiempo y dinero. Por lo general, el cliente hace dos preguntas muy sencillas acerca de la terapia: "¿Me ayudó?"- y "¿Valió la pena el gastó?"

La segunda fuente de evaluación es el terapeuta, una persona que también hace una inversión considerable al ofrecer psicoterapia a los clientes y que necesita saber si sus esfuerzos valen la pena o si necesitan modificarlos de alguna manera.

La audiencia evaluadora final de la psicoterapia es la sociedad, que en este caso se refiere a cualquier otra tercera persona que tenga interés. Una tercera persona puede ser el cónyuge, padre, amigo, amante, maestro, juez- cualquier persona que se interese en los cambios que puede producir la psicoterapia en un cliente o en más clientes. Las terceras personas también adquieren una calidad acumulativa; es decir, si sumamos todas las terceras personas que tienen un interés en la psicoterapia, podemos hablar de la sociedad en el sentido tradicional de un grupo social organizado y cooperativo que se interesa en que la práctica de la psicoterapia produzca efectos deseables para la comunidad en general.

Tabla 8-1 Tres perspectivas de la salud mental

Fuente	Normas/valores	"Mediciones"
I. La sociedad	Un mundo ordenado en él cual los individuos asumen la responsabilidades de sus funciones sociales designadas (por ejemplo, el que se gana el pan, padre), se conforman a las normas prevalecientes, y cumplen con los requisitos situacionales.	Las observaciones del comportamiento, el grado hasta el cual el individuo cumple con las expectativas de la sociedad y las normas prevalecientes.
II. El individuo	La felicidad, la gratificación de las necesidades.	Las percepciones subjetivas de autoestima, aceptación y bienestar.
III. La profesión de la salud mental	Una estructura sólida de la personalidad caracterizada por el crecimiento, desarrollo, autoactualización, integración, autonomía, dominio sobre el ambiente, habilidad para tolerar la tensión, orientación hacia la realidad, adaptación.	Juicio clínico, auxiliado por las observaciones conductuales y y las pruebas psicológicas sobre las variables tales como el autoconcepto, sentido de identidad, equilibrio de las fuerzas psíquicas, perspectiva unificada de la vida, resistencia a la tensión, autorregulación, habilidad para manejar la realidad, ausencia de síntomas conductuales y mentales, adecuación en el amor, trabajo, y recreación, adecuación en las relaciones interpersonales.

Fuente: Strupp, H.H. & Hadley. S. *American Psychologist.* 1977. 32, 187-196. Copyright 1977 por la American Psychological Association (Reimpreso con permiso)

La evaluación de la psicoterapia es una actividad que domina la investigación dentro de la psicología clínica. Esta actividad se presenta en dos formas. La evaluación empírica de los *efectos* últimos del tratamiento se conoce como *investigación de resultados* y se estudiará con algún detalle en las siguientes, páginas.

La otra forma principal para evaluar la psicoterapia se conoce como *investigación del proceso*. Es común que los estudios del proceso se enfoquen sobre la interacción continua del terapeuta y el cliente a medida que se desarrollan las sesiones de la terapia. Se estudian los cambios que ocurren dentro de las sesiones de la terapia. Muchos psicólogos discuten que no existe ninguna distinción útil ni necesaria entre la investigación de resultados y la del proceso. Por ejemplo, Keisler (1971) argumenta que la dicotomía es una diferenciación desafortunada que obscurece el hecho de que toda la investigación sobre la psicoterapia intenta medir el cambio de algún tipo. La investigación del proceso analiza

los cambios *dentro de la sesiones* durante varios periodos temporales, mientras que la investigación de resultados estudia los cambios que ocurren *fuera de la terapia* entre el comienzo y la finalización del tratamiento (y durante el seguimiento). Keisler aboga porque se abandone la distinción entre proceso y resultados y que en lugar de esto se refiera a los "estudios dentro de la terapia (entrevista) y las investigaciones fuera de la terapia en el lugar de los acontecimientos" (P- 46).

La investigación de resultados de la psicoterapia es un tema que en la actualidad ocupa una de las literaturas más vastas de la psicología clínica (Garfield y Bergin, 1978; Meltzoff y Komreich, 1970; Smith y Glass, 1977). El propósito de esta sección no es resumir los resultados de este conjunto pesado de literatura, sino describir de una manera breve la metodología básica, el "cómo" que implica la evaluación de los efectos de la psicoterapia.

Por un largo periodo la pregunta básica que se planteaba el investigador clínico era: "¿Es efectiva la psicoterapia?" Gradualmente los investigadores descubrieron que esta pregunta era demasiado amplia como para que se le pudiera responder de una manera que tuviera significado, y la abandonaron a favor de la reformulación de Paul (1969a) que ahora ya es famosa: "¿Qué tratamiento, realizado por quién, es más efectivo para este individuo con este problema específico, bajo qué tipo de circunstancias, y cómo se desarrolla?" (p. 44).

Kazdin (1978) ha organizado la "pregunta ulterior" de Paul en tres metas de la investigación de resultados: (1) determinar la efectividad de un tratamiento específico; (2) comparar la efectividad relativa de diferentes tratamientos; y (3) estimar los componentes individuales del tratamiento que son responsables del cambio en un problema o cliente particular.

Con el fin de lograr cualquiera de estas tres metas, el investigador de la psicoterapia, como todos los demás investigadores, se enfrenta con una tarea: elaborar, planear y conducir la evaluación de tal manera que los resultados no se interpreten de una forma ambigua (Underwood, 1957). Esta obligación es falazmente fácil de describir pero exasperantemente difícil de llevar a cabo. De hecho, es bastante razonable argumentar que es casi imposible llevar a cabo una evaluación que proporcione resultados que de ninguna manera sean ambiguos (Mahoney, 1978) por la sencilla razón de que cualquier actividad humana es un esfuerzo falible.

A pesar de que reconocen esta falibilidad, los investigadores se esfuerzan por conducir las mejores evaluaciones de les sean posibles. La mayoría de ellos pre fieren evaluar la psicoterapia por medio de la utilización de un experimento científico. Pero un experimento científico es una iniciativa muy compleja y su verdadero significado continúa evocando debates acalorados tanto entre los filósofos como los científicos. Para los propósitos de esta sección, se des cribirá un experimento como *un intento por descubrir las causas de ciertos eventos al realizar algunos cambios sistemáticos en determinados factores y después observar los cambios que ocurren en otros factores.* Los investiga dores llaman a los factores que *ellos* alteran (o manipulan) *variables inde pendientes, mientras que los cambios que se pueden observar se denominan variables dependientes.*

Investigación intrasujeto

En **la** investigación de la psicoterapia existen dos estrategias experimentales básicas. Una se denomina investigación *intrasujeto;* la otra se conoce por el nombre de investigación *entre sujetos*. Las dos aproximaciones comparten la esencia común de un experimento; es decir, ambas examinan los efectos comparativos de condiciones que varían (las variables independientes) sobre la ejecución de un participante o grupo de participantes. Sin embargo, cada aproximación utiliza diferentes métodos.

En los diseños intrasujeto, se realizan las comparaciones que interesan en el mismo sujeto durante diferentes periodos. El experimento intrasujeto requiere que se midan las variables dependientes en varias ocasiones con una determinada secuencia. Por lo común, el experimento comienza con la observación de las mediciones dependientes antes de que se lleve a cabo cualquier manipulación de las variables independientes. Este periodo-se conoce como la *línea base,* y proporciona una estimación del nivel anterior a la intervención o existente, de la medición dependiente. Después de la línea base, se introduce la fase de *intervención* del experimento. En esta fase el experimentador manipula la variable independiente y se observan las mediciones dependientes para detectar cualquier desviación de sus niveles de línea base.

Al evaluar la efectividad de la psicoterapia, el periodo de línea base implicaría la observación de la conducta del cliente durante varios días antes que se iniciara el tratamiento. La fase de intervención correspondería al periodo del tratamiento activo durante el cual se tomarían estimaciones constantes del progreso del cliente.

A pesar de que existen varios tipos de diseños experimentales intrasujeto, en la mayoría de los casos se emplean dos y por lo tanto merecen un comentario especial. De este par el mejor conocido es el diseño ABAB, o de reversión, el cual evalúa los efectos del tratamiento alternando la línea base cuando no se da el tratamiento (A) con la intervención cuando se efectúa el tratamiento (B). Muchos factores determinan la duración de cada fase, pero por lo general se continúa cada fase hasta que la conducta del cliente (las mediciones dependientes) se vuelven bastante estables. Si la conducta fluctúa de una manera confiable y substancial en conjunción con las fases experimentales secuenciales, el experimentador adquiere un buen grado de confianza puesto que su tratamiento es, de hecho, responsable de los cambios que se observan. En la Figura 8-1 se ofrece un ejemplo de una evaluación de ABAB en la intervención clínica.

El otro diseño intrasujeto importante es el diseño de *línea base múltiple* que evalúa una intervención sin tener que retirar el tratamiento, como lo requiere el diseño reversible. Aunque ésta es una ventaja principal de la investigación de la psicoterapia (en la cual existen objeciones tanto clínicas como éticas de la interrupción del tratamiento en periodos arbitrarios), el diseño de línea base múltiple se utiliza con menor frecuencia que su contraparte, el diseño ABAB. Los diseños de línea base múltiple permiten al investigador observar de manera simultánea varias mediciones dependientes mientras aplica la intervención que le interesa solamente a una de éstas. En otras palabras, están en efecto las condiciones de línea base para todas las variables dependientes excepto una a la cual se le administra el tratamiento. Se puede continuar

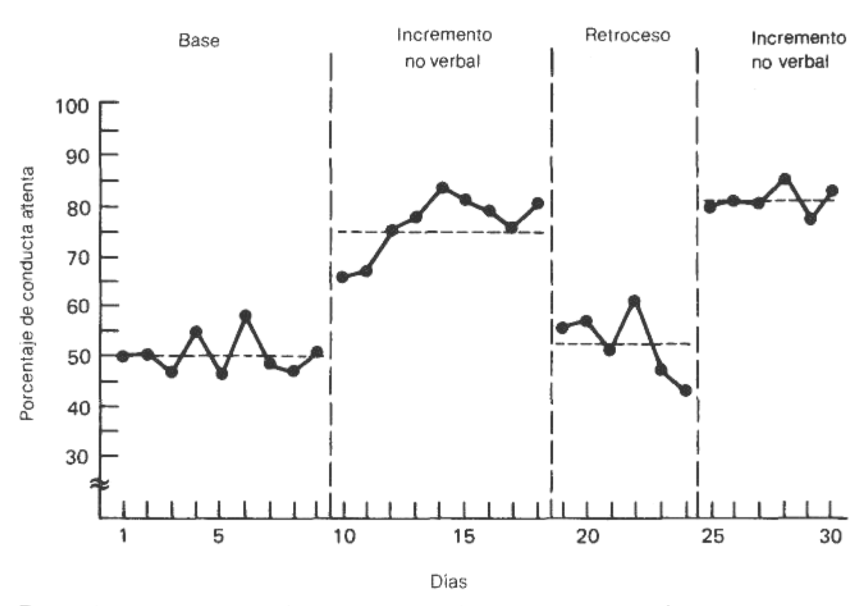


Figura 8-1 Ejemplo de un diseño reversible. Este estudio demostró los efectos de la presentación, el retiro y la presentación de nuevo de la aprobación del maestro (sonrisas y contacto físico) por la atención de los estudiantes con retraso. *(Kazdin, A.E. & Klock, J. Journal of Applied Behavioral Analysis, 1973, 6, 643-654.* ©*1973* por la *Society for the Experimental Analysis of Behavior. Reimpreso con permiso.)*

este procedimiento de tal manera que se aplica el tratamiento a las diferentes variables, una a la vez, mientras que las demás condiciones permanecen bajo las condiciones de línea base. El experimentador adquiere un buen grado de confianza en los efectos de un determinado tratamiento si una medición dependiente solamente cambia cuando se le aplica la intervención. Se fortalece una relación de causa-efecto aun más si se repite, o *replica* este hallazgo, en cada una de las mediciones.

La necesidad de varias diferentes líneas bases se puede satisfacer de varias maneras (Kazdin y Kopel, 1975), pero por lo general el experimentador se centra en varias conductas en el mismo individuo, al aplicar el tratamiento a una determinada conducta mientras las otras se mantienen en la línea base. Imagínese un estudio que evaluó los efectos de la alabanza social del personal del hospital sobre la conducta de algunos pacientes psicóticos. En este experimento hipotético, se analizaron tres conductas: acicalarse, asistir a la terapia ocupacional y relacionarse en el pabellón. Se introdujo la intervención (alabanza social) en tres periodos diferentes para las tres conductas; cada intervención "nueva" comienza en el día siguiente a la terminación de la fase de línea base de cada conducta.

Como lo demuestra la Figura 8-2, cada conducta mejoró cuando, *y solamente cuando* se introdujo "su" intervención. Por ejemplo, la asistencia a la terapia no aumentó cuando estuvo alabando el acicalamiento. El hecho de que cada conducta únicamente cambió cuando se le alabó socialmente, hace que sea muy poco probable que algún otro factor (por ejemplo, el clima, la influencia de otros pacientes) pueda explicar este determinado patrón de resultados.



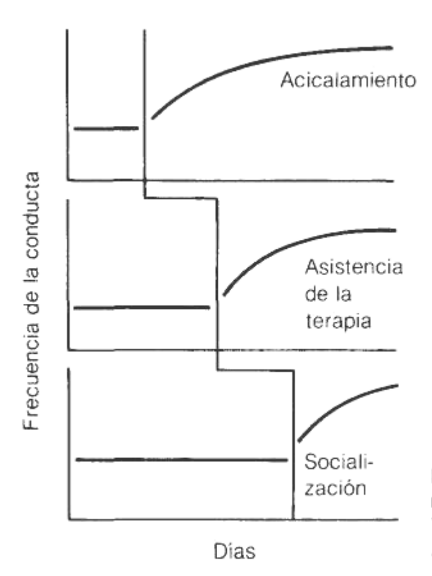


Figura 8-2 Datos de un diseño de línea base múltiple. *(Kazdin, A.E. & Kopel, S.A. Behavior Therapy, 1975, 6, 601-608. © 1975 de Academic Press, New York. Reimpreso con permiso.)*

La investigación intrasujeto tiene la ventaja de que únicamente requiere de un número pequeño de sujetos. De hecho, la lógica de los diseños intrasujeto permite que se emplee solamente un sujeto, en cuyo caso se le refiere como investigación de "un solo sujeto" o "de $N = 1$". Desde luego, las comparaciones intrasujetos también pueden emplear un grupo de participantes que se tratan de una manera equivalente a través del experimento.

Investigación entre sujetos

En la investigación del tipo entre sujetos, las comparaciones que interesan se realizan entre grupos de sujetos que son expuestos a diferentes condiciones de intervención. El ejemplo más simple de esta aproximación es un experimento en el cual solamente existen dos grupos de sujetos: un grupo *experimental* y un grupo *control.* Los sujetos que se designan al azar para la condición experimental reciben alguna experiencia determinada (en el caso de la investigación sobre la psicoterapia ésta sería alguna forma de tratamiento) mientras que "se deja solos" a los sujetos del grupo control. Se recopilan las mediciones dependientes para ambos grupos antes del experimento (esto se denomina el *pretest)* y brevemente después de que haya terminado (el *posttest).* También es posible que se repitan estas mismas mediciones durante intervalos más largos después del tratamiento; por lo general esto se describe como el *seguimiento.* Una vez que se establece la equivalencia entre los grupos experimental y control antes del tratamiento, se supone que cualquier diferencia entre los grupos, ya sea en el posttest o en el seguimiento, se debe al tratamiento que recibió el grupo experimental.

Una diferencia tradicional entre las estrategias intrasujeto y entre sujetos es que en la última por lo general se llevan a cabo análisis estadísticos con el fin de evaluar la magnitud o *significatividad* de la diferencia entre los sujetos que fueron tratados y los que no recibieron tratamiento. Para cada grupo se computa el pun-

taje promedio y una medición de variabilidad y se aplica una prueba estadística para determinar si es probable que las diferencias entre los grupos hubiesen ocurrido simplemente debido al azar. En la investigación intrasujeto, por lo general, no se utiliza este tipo de estadística inferencial debido a que al experimentador le interesa más demostrar que la ejecución de un sujeto se relaciona de una manera confiable con las manipulaciones secuenciales de la variable independiente. El investigador que emplea el diseño intrasujeto considera que no es necesaria la estadística para demostrar este control; una persona puede observar una gráfica que refleje la ejecución de los sujetos y simplemente "ver" las diferencias. (Si se desea consultar un estudio sobre las ventajas y desventajas de llevar a cabo análisis estadísticos en los datos de los diseños intrasujetos véase a Gentile, Roden y Klein, 1972; Glass, Wilson y Gottman, 1973; y Hartmarmri974).

La investigación de resultados sobre la Psicoterapia ha avanzado hasta el grado en que los diseños sencillos de dos grupos (experimental versus control) han dejado de ser adecuados para abordar las preguntas que en la actualidad desean responder los investigadores. Aun cuando aparezcan grandes diferencias entre el grupo tratado y el que no recibió tratamiento, se adquieren muy pocos conocimientos acerca de los efectos de la psicoterapia, excepto que quizá es más efectivo que no hacer nada. Este tipo de diseño no puede delatar si la mejoría de los sujetos que recibieron el tratamiento se debió a las técnicas específicas de la aproximación terapéutica, las características del terapeuta, o la capacidad prevalente de la terapia para generar la fe y la expectativa de la mejoría (es decir, a los efectos no específicos y de tipo placebo). Este diseño sencillo también es incapaz de responder a la pregunta acerca de si la forma particular de tratamiento que se probó es más efectiva que alguna otra opción terapéutica.

Una forma tradicional de contestar este tipo de preguntas es mediante la elaboración de todos los factores que interesan dentro del diseño experimental, junto con los controles apropiados. La ventaja principal de estos *diseños factoriales* es que comparan varios factores que pueden ser responsables del cambio terapéutico. De esta manera, es posible que un grupo de sujetos reciba un "paquete" completo de tratamiento mientras que otro solamente reciba aquella porción del tratamiento que se considera que es más importante para su efectividad. Otro grupo aún se puede exponer a determinados procedimientos que sean lo suficientemente impresionantes como para generar la fe o la esperanza en que se obtendrá una mejoría pero que en realidad no son muy útiles. Un cuarto grupo no recibiría el tratamiento en absoluto.

Al comparar los resultados que se obtengan en cada uno de estos grupos, el experimentador puede comenzar a determinar si el paquete completo de tratamiento es (1) mejor que la ausencia de cualquier tratamiento, (2) mejor que los resultados que se obtendrían de los efectos placebo o de expectativas, y (3) mejor que una versión "abreviada". Si a otro grupo de sujetos se le hubiera sometido a una forma totalmente diferente de tratamiento, el experimentador también hubiera podido comparar su aproximación con otro enfoque opcional. Paul (1966) proporciona una descripción excelente de un diseño factorial clásico en su obra titulada *Insight vs. Desensitization in Psychotherapy* (La comparación del

"Insight" y la desensibilización en la psicoterapia). A menudo se ha expresado que los experimentos con un buen diseño poseen un grado elevado de *validez interna* (Campbell y Stanley, 1963). La validez interna se refiere al grado en el que un experimento permite que se tenga confianza en que sus resultados se deben al factor o factores que se manipulan y no a algún otro factor que no fuese el objeto de la investigación.

La investigación entre sujetos es una estrategia popular entre los investigadores de la psicoterapia debido a que les permite manipular algunas variables diferentes de una manera simultánea en lugar de secuencial, como lo requieren los diseños intrasujeto. Sin embargo, los diseños entre sujetos son costosos; requieren de una gran cantidad de sujetos y grupos de investigadores que conformen y traten a los grupos que son necesarios para la utilización de los procedimientos estadísticos.

Como se notó a través de esta sección, existen muchos tipos diferentes de diseños intrasujeto y entre sujetos. Para dar una idea de la complejidad de los métodos que se pueden utilizar para evaluar los efectos de la psicoterapia, se listaron doce de los diseños experimentales más comunes en la Tabla 8-2 (Mahoney, 1978). En esta tabla una *O* se refiere a una observación o evaluación. Una *X*, *Y* o Z se refiere a alguna forma de tratamiento. La tabla describe doce de los diseños más comunes que se utilizan para evaluar los efectos de algún tipo de intervención. Los diseños del 1 al 7 son diseños intrasujeto, mientras que del 8 al 12 son del tipo entre sujetos. Si se desea consultar estudios más profundos de estos trabajos de investigación y de otros, véase a Campbell y Stanley (1963) y a Cook y Campbell (1979).

Investigación análoga

Sin tener en cuenta si algunos investigadores defienden uno u otro tipo de diseño, la mayoría están de acuerdo en que la mejor manera para evaluar los resultados de la psicoterapia es mediante la realización de los experimentos sobre la terapia verdadera que ofrezcan los clínicos entrenados con los clientes de buena fe en los ambientes reales de tratamiento. El estudio experimental ideal sería seleccionar a los clientes que buscan el tratamiento por un determinado problema y asignarlos al azar a diferentes condiciones de tratamiento y control, utilizando a un grupo de terapeutas entrenados y medir los resultados con varios índices diferentes del cambio terapéutico que recopilen algunas personas que estén "ciegas" a las condiciones en que se trataron a los clientes. Por desgracia, este ideal se logra tan rara vez que casi no existe en la literatura psicológica de resultados.

Los obstáculos al experimento ideal sobre la psicoterapia son muy numerosos. En la mayoría de los casos, los requisitos esenciales de un diseño experimental adecuado no se pueden (o no se deben) cumplir en el contexto clínico de la "vida real". Por ejemplo, tanto las consideraciones clínicas como éticas previenen la designación al azar de los clientes a diferentes condiciones de control o tratamiento. Pocos clientes están dispuestos a tolerar que se les sitúe en una condición en la que el tratamiento esté ausente simplemente por el bienestar de la ciencia. Y por su parte, los terapeutas se mostrarían reticentes a quedarse cruzados de brazos y permitir que se les asignen clientes en condiciones control que aparentemente tienen poca probabilidad de que produzcan cambios constructivos.

Tabla 8-2 Los 12 diseños experimentales más comunes que se emplean para evaluar los efectos de alguna intervención

Diseño	Simbolo	Diseño intrasujeto	Comentarios
1 Solamente posttest	XO	Una persona o grupo experimenta una manipulación (X) (por ejemplo, terapia), y luego se mide la variable dependiente (0).	Diseño sumamente débil e informal; no se pueden derivar conclusiones firmes.
2 Pretest-posttest	0X0	Se mide la variable dependiente (0) antes y después de la manipulación experimental (X).	Diseño débil; se puede concluir que sí hubo (o no hubo) un cambio en la variable dependiente, pero no se puede determinar si este cambio hubiera ocurrido de cualquier forma (sin la manipulación experimental).
3 Reversible	0X0X0	Cada una de las dos manipulaciones separadas de la variable independiente son precedidas y seguidas por la medición de la variable dependiente.	Un diseño más adecuado ya que puede replicar el efecto observado de una manipulación experimental; sin embargo, las conclusiones se limitan al sujeto o grupo estudiado, y este diseño no elimina la influencia posible de otros factores diferentes de la variable independiente; la reversión puede plantear problemas prácticos y éticos en algunas situaciones
4 Muestras equivalentes de tiempo	0X0X0X0X0X	Una extensión del diseño reversible en el cual se presenta y quita secuencialmente una variable independiente (o se manipula de alguna otra manera) junto con mediciones alternantes de la variable dependiente.	Un diseño moderadamente adecuado en el sentido de que tiene replicaciones múltiples y el posible control de algunos factores relacionados con el tiempo; sus limitaciones incluyen la posibilidad de que los efectos de una

Tabla 8-2 (Continuación)

Diseño	Símbolo	Diseño intrasujeto	Comentarios
			manipulación pueden cambiar debido a su presentación y eliminación repetida.
5 Linea base múltiple	0X000 00X00 000X0	La temporalidad de una manipulación experimental se varía de manera sistemática a través de diferentes conductas o situaciones.	Un diseño adecuado en forma moderada, ya que incluye la replicación y control parcial de los factores relacionados con el tiempo; sus limitaciones varian de acuerdo con los procedimientos específicos.
6 Series de tiempo	000X000	Se mide la estabilidad de la variable dependiente; las desviaciones de esa estabilidad después de una manipulación experimental se utilizan para inferir una relación causal.	Algo controversial en cuanto a su adecuación; las limitaciones incluyen el que no elimina los factores que cambiaron simultáneamente con la manipulación experimental y en que no incluye la replicación.
7 Criterios cambiantes	OX^XgOXj	Semejante al diseño de muestras equivalentes de tiempo, excepto que se altera de manera sistemática el valor de la variable independiente; si los cambios en la variable dependiente covarían de una manera confiable con estas manipulaciones, se infiere una relación causal.	Un diseño moderadamente adecuado que comparte muchas de las cualidades y deficiencias del diseño de muestras equivalentes de tiempo; además, esto puede resultar problemático con algunas secuencias del cambio de criterios.

Diseño	Símbolo	Diseño entre sujetos	Comentarios
8 Linea base múltiple	0X000 00X00 000X0	La temporalidad de una manipulación experimental se varía sistemáticamente a través de diferentes personas o grupos.	Véase el diseño de línea base múltiple intrasujeto (5).

Tabla 8-2 (Continuación)

Diseño	Símbolo	Diseño entre sujetos	Comentarios
9 Grupo control	0X0 0 0	Los sujetos se asignan al azar a una condición experimental o control (por lo general grupos); la variable independiente se manipula solamente en la condición experimental, pero la variable dependiente (pre y posttest) se mide en ambos.	Un diseño por lo general adecuado, cuyas limitaciones incluyen no poder evaluar los efectos del saberse observado o de participar en *cualquier* experimento.
10 Grupo Solomon	0X0 0 0 X0 0	Los sujetos se asignan azarosamente a cuatro condiciones (por lo general grupos); dos reciben la manipulación experimental —se prueba a uno de éstos (es decir, se mide la variable dependiente) antes y después de la manipulación; el otro solamente se mide después de la manipulación; en las dos condiciones control, a uno se le prueba en dos ocasiones y al otro nada más en una.	Un diseño muy adecuado porque controla los efectos de la aplicación de la medición; sus limitaciones incluyen que no evalúa la contribución en *cualquier* experimento.
11 Grupo de atención y control	0X0 0 0 X0 0 0Y0 Y0	Los sujetos se asignan al azar a seis condiciones (por lo general grupos); cuatro de éstas son idénticas al diseño *Solomon; las dos que* quedan reciben alguna forma de contacto o atención con el fin de controlar exclusivamente la participación en un experimento.	Un diseño muy adecuado; su limitación principal es que no controla las expectativas de los sujetos.

Tabla 8-2 (Continuación)

Diseño	Símbolo	Diseño entre sujetos	Comentarios
12 Grupo placebo **y control**	0X0 0 0 X0 0 0Z0 Z0	Idéntico al diseño 11, excepto que las dos condiciones adicionales reciben una manipulación experimental que posee un grado equivalente de credibilidad o efectos probables como la verdadera manipulación experimental; los sujetos evalúan los efectos probables del placebo.	Un diseño muy adecuado; la condición placebo controla de manera simultánea la participación y las expectativas.

Los tratamientos de varios tipos se designan con "X". "Y" o "Z" Las evaluaciones se designan con 0"
Fuente: Mahoney, M. *Journal ol Consulting and Clínica! Psychology.* 1978. *46,* 660-672 1975 por la American Psychologicat Association. (Reimpreso con permiso).

Por lo general estos problemas se acompañan de un impedimento aún más básico respecto a la investigación sobre la Psicoterapia: Existen pocas situaciones clínicas en las cuales el investigador puede obtener un número suficiente de clientes que cumplan con los criterios para que se les incluya en la investigación. Otro problema consiste en que es casi imposible controlar los factores extraños que ejercen influencia sobre la conducta de los clientes. Al comentar este problema, Kazdin (1978, p. 674) observó, "en la psicoterapia de consulta externa, los clientes pueden recibir otras experiencias (por ejemplo, un grupo de encuentro o sesiones de maratón) o consejos (por ejemplo, de un médico) mientras participan en un determinado tratamiento. En los tratamientos de los pacientes psiquiátricos de consulta interna, puede ser fácil controlar los tratamientos que se estén dando (por ejemplo, psicofármacos) y otros factores (por ejemplo, darse de alta del hospital) que pueden influir sobre el tratamiento o su evaluación",

Añádase a estos obstáculos los problemas prácticos de obtener la participación de varios terapeutas experimentados para el estudio, convencer a los administradores de las agencias que inviertan tiempo y recursos en la investigación y recopilar mediciones significativas de resultados de los clientes que invariablemente parece que se mudaron de su domicilio o tienen números telefónicos privados, y puede uno simpatizar con el sentimiento de futilidad del investigador de psicoterapia que intenta conducir una evaluación de la "vida real" de los resultados del tratamiento.

En realidad existen dos aproximaciones a estos problemas de la investigación de resultados de la psicoterapia. Un enfoque consiste en armarse de toda la creati-

vidad y tenacidad posible y llevar a cabo la mejor investigación clínica que se pueda mientras que al mismo tiempo reconozcan que no pueden responder a determinadas preguntas con precisión en un estudio que no se haya llevado a cabo en un laboratorio. La otra aproximación consiste en hacer el intento por introducir las preguntas de la investigación sobre la psicoterapia en el laboratorio. Al hacer esto, el investigador "compra" el control que entra dentro del presupuesto del laboratorio al mismo tiempo que sacrifica parte del realismo inherente a las situaciones clínicas reales.

Durante los años recientes, la segunda estrategia se ha vuelto cada vez más popular. Esta aproximación, en la que se aproximan las variables y condiciones de las situaciones clínicas en ambientes experimentales más controlados, se denomina *investigación análoga* (Cowen, 1961; Kazdin, 1978; Paul 1969a). Las ventajas de investigación análoga sobre la psicoterapia son que (1) permite que se controlen muchas variables extrañas que no se pueden controlar en la clínica, (2) posibilita el reclutamiento de un número mayor de participantes, (3) permite la replicación de los resultados, (4) facilita la selección de los sujetos y personal de la investigación de acuerdo con varias dimensiones (por ejemplo, características demográficas, experiencia, tipo de problema, rasgos de personalidad), y (5) permite que variables tales como el número, la duración y manera de llevar a cabo las sesiones del tratamiento se mantengan constantes a través de todos los sujetos.

La investigación análoga intenta parecerse a las condiciones clínicas reales lo más que pueda. Hasta el grado en que la analogía es cercana, con una semejanza considerable entre las variables del laboratorio y sus contrapartes clínicas, se considera que el experirnento posee *validez externa*. La validez externa se refiere al grado hasta el cual el diseño de un estudio experimental permite que se confíe en que los resultados se pueden generalizar a otros ambientes diferentes del lugar y circunstancias en que se llevó a cabo el experimento (Campbell y Stanley, 1963).

Existen cuatro dimensiones básicas sobre las cuales se evalúa la semejanza entre los ambientes clínicos y análogos (Bernstein y Paul, 1971). La primera es *características y reclutamiento de los sujetos*. En la investigación análoga a menudo los sujetos son estudiantes universitarios de nivel de licenciatura que se ofrecen como voluntarios por una variedad de razones (por ejemplo, obtener una unidad o cumplir con un requisito, incentivos económicos, curiosidad) que pueden tener muy poco que ver con un deseo de superar un problema mortificante. Por lo general, el grado hasta el cual los resultados de un experimento se pueden generalizar a una población clínica depende de cuan semejantes sean las razones de los sujetos voluntarios con los motivos que presionan a los clientes a buscar el tratamiento.

La segunda dimensión que se debe considerar al evaluar hasta qué grado es adecuada la investigación análoga se encuentra en la naturaleza del *problema meta*. Dentro de la literatura del aprendizaje social, por lo común se han utilizado los sujetos que reportan miedos a animales pequeños (por ejemplo, ratas) en los experimentos sobre los efectos de varias técnicas para la reducción de la ansiedad. Los críticos (Cooper, Furst y Bridger, 1969; Bernstein y Paul, 1971) sostienen que como un problema meta, el temor a los pequeños animales tales como víboras, ratones, perros y topos puede relacionarse de una manera poco importante con la

asiedad clínica a menos que la intensidad del temor de los clientes a la cantidad de la perturbación conductual sea muy alta. En muchos estudios, ambos aspectos pueden encontrarse muy reducidos.

La tercera dimensión que interesa son las *características del terapeuta.* En la mayoría de los estudios análogos los "terapeutas" son estudiantes de postgrado en psicología clínica que tienen alguna experiencia clínica limitada pero que rara vez han sido responsables de una manera independiente de la conducción de una psicoterapia. Es dudoso que posean las habilidades clínicas generales, las técnicas específicas y compromiso con la mejoría del cliente que de una forma ideal caracteriza al clínico practicante y competente.

La dimensión final para la comparación de las actividades análogas y clínicas implica las *técnicas de tratamiento* en sí. En la mayoría de las instancias los tratamientos análogos se *estandarizan* de acuerdo con varias dimensiones, lo cual simplemente significa que se especifican estas dimensiones y se mantienen constantes a través de todos los participantes. "Las aplicaciones experimentales pueden mantener constantes el número de sesiones de tratamiento a lo largo de los diferentes grupos; la duración de las sesiones de tratamiento; el material, las tareas, o los temas que se discutan dentro de las sesiones; y otros elementos semejantes" (Kazdin, 1978, pp. 680-681). Rara vez se encuentra este grado de estandarización en la psicoterapia donde por lo general se adecúa la intervención a las necesidades y personalidad única de cada cliente individual. Bernstein y Paul (1971) sugieren que, en muchos estudios análogos, con frecuencia las técnicas del tratamiento se atenúan, simplifican, alteran enormemente, o hasta se omiten con el fin de cumplir con las exigencias del calendario académico, los requisitos administrativos, su costo y conveniencia. Este tipo de modificaciones puede distorsionar tanto la naturaleza de una técnica que guarde un parecido escaso con el procedimiento clínico que intentaba representar.

Por consiguiente, el empleo de los diseños análogos le plantea un dilema al investigador de la psicoterapia debido a que casi siempre implica una negociación sobre las prioridades de la investigación en la que algo se pierde. Se deben equilibrar las ganancias en la validez interna que pueden proporcionar los estudios análogos contra los sacrificios en la validez externa que a menudo requieren. El entusiasmo de los investigadores por la investigación análoga a menudo se ve mermado por su reconocimiento de este problema. Pero la objeción no se dirige hacia los estudios análogos por sí solos. Siempre pueden proporcionar datos sobre los procesos generales del cambio conductual, sin importar si representan o no de una manera precisa las variables clínicas (Kiesler, 1971). La objeción se dirige hacia la analogía *sin rigor* que se logra simplemente al substituir el lenguaje de un dominio por la terminología de otro, en lugar de la "afinación" cuidadosa y ponderada de las variables experimentales y la evaluación empírica de solamente aquellas dimensiones que probablemente aumentarán la generalidad de un experimento.

Debido a la utilidad potencial de la aproximación de la investigación análoga, muchos investigadores han intentado modificarla y mejorarla. Los remedios que se han sugerido para los estudios análogos que carecen de rigor son abundan-

tes. Una proposición es que, en los estudios de las fobias a los pequeños animales, los sujetos del experimento deben incluir solamente a aquellas personas cuyo temor sea lo suficientemente grave como para que perturbe sus actividades diarias (Rosen, 1975). Otra opción implica la selección de los problemas meta que se relacionen más y de una manera importante con el funcionamiento general de los participantes de la investigación (Borkovec, Stone, O'Brien y Kaloupek, 1974). Esta recomendación ha provocado un aumento en la investigación clínica análoga con participantes que sufren de ansiedades interpersonales, perturbaciones en el sueño y falta de autoafirmación social.

Como Paul (1969a) ha señalado, la pregunta "última" sobre los resultados ("¿Qué tratamiento, por quién, es más efectivo para este individuo, con ese problema específico, bajo qué conjunto de circunstancias y cómo se logra?") no se puede responder por medio de una sola investigación. Por tanto, el beneficio óptimo de cualquier tipo de evaluación de resultados, ya sea que se trate del estudio de caso no controlado, un experimento factorial en un ambiente clínico, o un experimento análogo, se logrará mediante la integración de varias investigaciones individuales dentro de una secuencia o programa de estudios relacionados. Paul (1969a) observa que, a medida que "el campo de la modificación del comportamiento ingresa a la era experimental, se puede esperar que continuarán todos los niveles y enfoques en torno a la pregunta última. Sin embargo, se espera que cada aproximación sea analizada dentro de una perspectiva adecuada, tanto de acuerdo con sus relaciones con otras aproximaciones como con el verdadero nivel del producto que se haya obtenido, de tal manera que las generaciones futuras puedan percibir la disciplina como una composición de 'artesanos' o 'científicos', en lugar de cultistas ligados por la herencia histórica" (p. 61).

Capítulo **9**

La intervención clínica: modelos psicodinámicos

A lo largo de la mayor parte del siglo veinte, los esfuerzos para aliviar el sufrimiento humano por medio de intervención psicológica se han basado primordialmente en las teorías psicodinámicas freudianas. *El psicoanálisis* de Freud tuvo un desarrollo triple: como método de tratamiento, como teoría de personalidad y como manera de llevar a cabo la investigación sobre la conducta humana. Freud revolucionó la psiquiatría de su época y alteró para siempre la manera como el hombre piensa sobre sí mismo y sus acciones. La abundante obra escrita de Freud sirvió para estimular a muchos de sus seguidores (y a los discípulos de éstos) a explorar, extender y revisar las ideas freudianas. En la actualidad existe un amplio despliegue de teorías de orientación psicodinámica desde el psicoanálisis clásico u ortodoxo (que sigue fielmente los preceptos freudianos) hasta nuevos sistemas que no solamente descartan muchas de las ideas básicas de Freud, sino que de hecho incluyen modelos fenomenológicos o de aprendizaje social (véase el Capítulo 3). Por consiguiente, existe una serie de enfoques clínicos diferentes de tipo psicodinámico. La meta de este capítulo es describir el origen, las técnicas y la efectividad de algunos modelos destacados. El punto lógico para comenzar esta revisión es precisamente el de los propios métodos de Freud.

EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

La mayoría de los estudiosos concuerdan en que Freud fue el fundador de la psicoterapia tal como hoy la conocemos. Su método basado en la comunicación ver-

bal entre dos personas para estudiar y ayudar a la gente, su búsqueda sistemática de las relaciones entre la historia personal del enfermo y sus problemas actuales, la importancia que otorgó a los pensamientos y emociones y su enfoque con respecto a las relaciones entre el paciente y terapeuta, persisten en casi todas las modalidades modernas del tratamiento clínico, independientemente de sus fundamentos teóricos. Pero, ¿de dónde surgieron las ideas de Freud?

Sería imposible ofrecer aquí un relato completo de la vida de Freud o de la evolución de su pensamiento, por lo cual este análisis se limitará a un breve bosquejo. El lector puede encontrar un trabajo más'completo en la obra muy accesible de Fancher (1973) y en un gran número dé otras fuentes (por ejemplo, Ford y Urban, 1963; Munroe, 1955). Si se busca material más detallado se puede consultar una biografía monumental de tres volúmenes de Ernest Jones: *The Life and Work o/SigníundFreud* (1953, 1955, 1957), o las traducciones de las mismas obras de Freud (por ejemplo, Brill, 1938; Freud, 1953-64).

Inicios del tratamiento psfcoanalítico

Freud nació en Freiberg, pueblo perteneciente a Checoeslovaquia, el *6* de mayo de 1856. Era hijo de un judío comerciante de lanas. Su familia se mudó a Viena, Austria, donde a la muy temprana edad de nueve años ingresó en el Gimnasio, un tipo de bachillerato preuniversitario avanzado. Originalmente se interesaba en la política y el derecho, pero estando a punto de graduarse, leyó un ensayo del poeta Goethe que enfocó sus intereses hacia las ciencias naturales. Fancher (1973, p. 13) cita la carta en que Freud describe el impacto de este ensayo: "El deseo de comprender algo de los misterios del mundo y quizá contribuir en alguna forma a resolverlos me llegó a dominar en forma irresistible." Así fue como, a la edad de 17 años, Freud ingresó en la escuela de medicina de la Universidad de Viena. Pronto descubrió que la investigación le interesaba mucho más que los estudios rutinarios y de hecho invertía la mayor parte de su tiempo en diversos proyectos de investigación en el Instituto de Fisiología de la misma universidad. Por consiguiente, Freud tardó 8 años en completar sus estudios médicos.

Sus esfuerzos en este periodo culminaron en el hallazgo de la ubicación de los órganos sexuales del anguila macho y en la acumulación de mucha información nueva de neurología. Uno de sus proyectos mostró que las partes supuestamente separadas del sistema nervioso de un pez estaban de hecho intérconectadas, como fue confirmado posteriormentecon el descubrimiento de la neurona como unidad básica dé la actividad nerviosa. De más relevancia que estos estudios en si fue que Freud se introdujera, gracias a varios maestros distinguidos, en el concepto entonces nuevo del *mecanismo neorológico.* Este punto de vista sostenía que la actividad del sistema nervioso tanto en los animales como en los seres humanos se basa en factores de naturaleza electroquímica, que obedecen leyes recién descubiertas de física y química. La implicación de esta teoría mecanicista era que idealmente la conducta humana podría explicarse en términos físicos y que existirían leyes que gobernaran las relaciones que existen tanto dentro de una misma persona, como entre las personas y su medio ambiente. Como veremos, estos conceptos tuvieron un efecto profundo en el trabajo posterior de Freud.

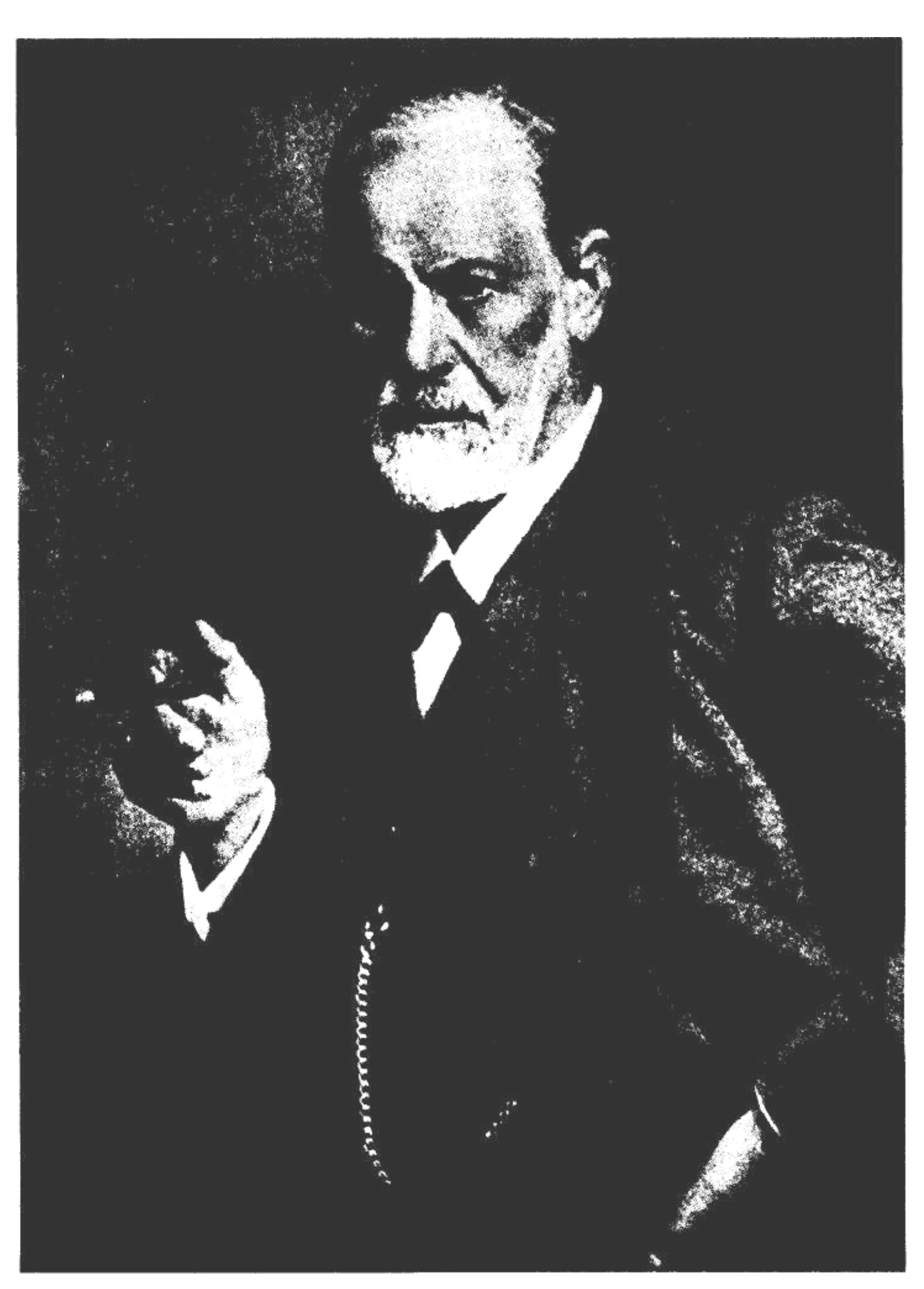


Figura 9-1 Sigmund Freud (1856-1939). *(Cortesía de "Histoncal Pictures Service, Inc.", Chicago,* Illinois. *Reimpreso con permiso.)*

Aunque Freud era dueño de una mente científica brillante y poseía un grado en Medicina y la información neurológica más avanzada de su tiempo, sus posesiones materiales eran nulas. Era soltero y seguía viviendo con sus padres quienes aún lo mantenían, ya que en la década de 1880 era casi imposible ganarse la vida como investigador científico. Esta situación, más su deseo de contraer matrimonio con su novia Martha Bernays, impulsó a Freud a modificar la dirección de su carrera hacia el campo más lucrativo de la práctica médica.

En 1882, Freud inició su entrenamiento clínico tres años en el Hospital General de Viena. Se recordará que en esta época resurgió el modelo médico como explicación de los trastornos de la conducta y predominaba una minuciosa búsqueda de la supuesta causa orgánica para todas las enfermedades mentales. En aquel entonces el director del Hospital de Viena, Theodor Meynert, era una eminencia en anatomía y patología cerebral, cuyo trabajo y teorías impresionaron gratamente a Freud. Meynert creía, por ejemplo, que ciertos patrones de la actividad de las neuronas en el cerebro corresponden a determinados pensamientos o recuerdos o sentimientos, de tal manera que los complejos fenómenos psicológicos correspondían en última instancia a la actividad de la células nerviosas, que a su vez se basan en factores electro-químicos.

La explicación anterior de Meynert presentó una aplicación psicológica de la perspectiva mecanicista que Freud había absorbido en la facultad de medicina y Freud se dio cuenta de que la mejor forma de fundir sus intereses en la investigación neurológica con su trabajo clínico consistía en dedicarse al estudio y tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso humano. En el año de 1886, Freud ya tenía suficiente preparación (y dinero) para iniciar su práctica privada de medicina. También se casó en el mismo año. Una de las personas que ayudó a Freud a comenzar su práctica privada fue Joseph Breuer, un veterano colega médico y amigo íntimo. Veremos inmediatamente que los primitivos intentos de Breuer por tratar y curar ciertos síntomas raros en sus enfermos, sirvieron a Freud en el desarrollo del psicoanálisis.

Como otros médicos de su tiempo, Freud con frecuencia se hallaba ante enfermos con síntomas de daño neurológico, o enfermedades para las cuales no era posible descubrir alguna causa orgánica. Muchos de estos casos mostraban lo que Freud llamaba "disparate neurológico". Por ejemplo, los pacientes a veces se quejaban de condiciones imposibles como una falta de sensibilidad o parálisis que les afectaba toda la mano sin afectar su brazo. Otros padecían parálisis de las piernas en el día pero de noche eran sonámbulos. A los pacientes de este tipo se les denominaba "neuróticos" y, ya que la causa, y aún más la cura de su enfermedad eran desconocidas, los médicos acomodados preferían ignorarlos y aún maltratarlos. Con frecuencia daban por hecho que sus síntomas eran fingidos o eran producto de defectos básicos de personalidad.

Freud no estaba en condiciones de rechazar a cierto tipo de enfermos y frecuentemente hubo que enfrentarse con la clase más común de neuróticos: aquellos que padecían parálisis de tipo *histérico* (cuyo origen no era orgánico), amnésico, anestésicos, ciegos, afásicos (véase Ullmann y Krasner, 1975, para obtener un estudio detallado de las conductas de tipo histérico). En está época las

terapias convencionales para este orden de males eran los "paquetes húmedos" y baños (hidroterapia), la aplicación del calor generado de manera eléctrica (electroterapia): los dos de muy poco éxito. Es más, para Freud, cualquier mejoría manifestada con estos métodos, se debía a la sugestión mas no al tratamiento en sí. Por lo tanto, comenzó a emplear precisamente aquellas técnicas que involucraban al máximo la sugestión, principalmente la *hipnosis.*

Es importante tener en cuenta que aunque hoy en día el empleo y el estudio de la hipnosis es aceptado, en aquella época su uso se consideraba como charlatanería e indigno de médicos o científicos serios. En parte esta actitud fue propiciada por la novedad y carácter extravagante del fenómeno hipnótico, pero principalmente se produjo debido a las presentaciones que eran obviamente histriónicas y teorías extrañas de Antón Mesmer, el mayor promotor inicial de la hipnosis (consúltese a Ullmann y Krasner, 1975). Sin embargo, unos cuantos científicos valientes estudiaban la hipnosis con seriedad e intentaban utilizarla para curar enfermedades mentales del orden histérico.

Freud se familiarizó con la hipnosis cuando al terminar su entrenamiento en el Hospital de Viena, pasó seis meses de estudio en París con Jean Charcot, el director de la clínica de neurología del asilo de Salpétriére. Charcot demostró que los síntomas histéricos podían ser producidos y temporalmente eliminados al inducir el trance hipnótico y de esta manera puso de relieve la relación entre la hipnosis e histeria. Es más, Charcot creía que únicamente los histéricos eran susceptibles de ser hipnotizados. Después, en la ciudad francesa de Nancy, Freud visitó una clínica organizada por Ambrose-August Liebault y por Hippolyte Bernheim. Estos dos médicos creyeron que la capacidad de ser hipnotizado no era un síntoma de desorden nervioso sino un hecho propio de los individuos normales. Liebault y Bernheim empleaban la sugestión hipnótica directa para eliminar los síntomas histéricos (por ejemplo "ya podrás caminar") pero con éxito parcial y con frecuencia temporal. El empleo que hizo Freud de la sugestión hipnótica producía también resultados pobres pero alrededor de 1890 comenzó a combinar la hipnosis con una nueva técnica que le enseñó su colega Joseph Breuer.

Esta técnica, llamada el *método de la catarsis* se descubrió de manera accidental cuando Breuer intentaba curar a la joven y adinerada paciente " Anna O", de un gran número de síntomas de orden histérico: jaquecas, tos severa, parálisis del cuello y del brazo, contracciones involuntarias de los párpados, falta de sensibilidad en ambos codos y otros problemas. Estos problemas comenzaron durante la enfermedad terminal de su padre y se intensificaron después de su muerte. La enferma comenzó a mostrar estados de ánimo muy extremoso desde una gran agitación, nerviosismo y aun alucionaciones durante el día hasta estados muy calmados casi de trance por las tardes. A Breuer le llamó la atención la semejanza de estos "trances" con la hipnosis. Fancher (1973, p. 48) nos relata lo que sucedió después:

> Breuer descubrió que si a Anna se le permitía en su estado hipnótico recitar el contenido de todas sus alucinaciones del día, invariablemente salía de su trance y disfrutaba de un periodo de tranquilidad y lucidez casi normal durante las siguientes horas

> de la noche. . . Anna se refería a este ejercicio de recitar sus alucinaciones como "la cura de la plática" o . . . "la deshollinada".

Esta "Cura de la plática" no eliminaba, sin embargo, sus trastornos durante el día y, para la desesperanza de Breuer, surgieron nuevos síntomas. Fue precisamente al intentar curar uno de estos síntomas nuevos —una incapacidad súbita de pasar líquidos— que Breuer hizo el descubrimiento que posteriormente encaminaría a Freud hacia el psicoanálisis:

> Estando en uno de sus trances hipnóticos. . . Anna comenzó a describir a Breuer a una mujer inglesa a quien no estimaba mucho. La mujer poseía un perro que a Anna le resultaba particularmente odioso. Platicó cómo en una ocasión ella entró en el cuarto de la inglesa y observó al perro bebiendo agua de un vaso. Al suceder esto, Anna sintió intenso desagrado y odio, pero por cortesía contuvo estos sentimiento. Al relatar el suceso a Breuer, por primera vez Anna se permitió expresar de lleno y con animación sus sentimientos negativos respecto a lo que hizo el perro. Al salir del trance, de inmediato pidió un vaso con agua la cual ingirió sin dificultad alguna (Fancher, 1973; p 49).

La cura de la fobia de Anna al beber agua fue permanente y aparentemente se debió a su vivido recuerdo de un suceso ya olvidado al estar en trance. Le pareció factible a Breuer que otros síntomas histéricos pudieran ser productos de hechos olvidados y que su recuerdo podría dar la clave a su solución. Comenzó a hipnotizar a Anna y le pidió que recordara todo lo posible acerca de cada uno de sus síntomas. "Para su gran satisfacción descubrió que cada síntoma estuvo relacionado con alguna situación desagradable o traumática para la cual no existía recuerdo alguno fuera del trance hipnótico. Breuer descubrió que cada vez que lograba que Anna recordara estos sucesos desagradables y sobre todo que expresara *sentimientos* que le habían provocado, desaparecían los síntomas" (Fancher, 1973; pp. 49-50; el subrayado es del autor del libro). Para más detalles del caso de Anna O., véase a Breuer y Freud (1896, 1966).

Freud comenzó a emplear el método de la catarsis y tuvo éxito con ello pero descubrió que tenía también desventajas serias. En primer lugar, no todos los pacientes pudieron ser hipnotizados. Además, Freud comprobó que al recordar hechos pasados y expresar las emociones asociadas con ellos produce un mayor beneficio cuando el paciente es capaz de recordar lo que sucedió después de la hipnosis. Para que el tratamiento pudiera aplicarse a todos los enfermos y para facilitar el recuerdo *consciente* de las experiencias tempranas, Freud quiso buscar nuevos medios no hipnóticos para ayudar a los pacientes a recuperar el recuerdo de ciertos hechos que eran tan esenciales para una cura.

Primero intentó la "técnica de presionar", técnica que había visto a Bernheim emplear en la clínica de Nancy para ayudar a sus pacientes a recordar mediante la sugestión hipnótica los sucesos que habían sido borrados artificialmente. Tal como la empleaba Bernheim, esta técnica se reducía a oprimir con la mano la frente del paciente y sugerirle que era capaz de recordar. Solía ayudar al proceso el que el paciente estuviera acostado en un sofá, pero Freud encontró que

los recuerdos importantes no siempre surgían de inmediato, por mucha sugestión que ejerciera. Sin embargo, con frecuencia el paciente producía un recuerdo insignificante que traía a su memoria varios otros en una secuencia que en última instancia revelaba el recuerdo que era la clave, ligado al síntoma. Así qué Freud acabó por abandonar el uso de las manos y simplemente pedía a sus pacientes que reportasen de manera ininterrumpida todos los pensamientos o sentimientos que vinieran a su mente. Esta modalidad se conoció posteriormente como "asociación libre", técnica básica que será descrita más adelante.

A lo largo de la década de 1890 Freud trataba a sus pacientes "neuróticos" principalmente ayudándolos a traer a la conciencia los recuerdos importantes, por lo general desagradables, y las emociones que habían reprimido y mantenido en el olvido gracias a varios mecanismos de defensa (véase el Cap. 3). También invirtió mucho tiempo en la elaboración de un modelo del funcionamiento del sistema nervioso que podría explicar no solamente el origen, la permanencia o la cura de los síntomas nerviosos sino también de la conducta cotidiana.

Freud llamó a su trabajo en este campo "Proyecto para una Psicología científica". Sus aspectos específicos son demasiado numerosos y complejos como para describirlos aquí, pero supone la existencia de la energía nerviosa o excitación llamada "Q" capaz de saturar una célula nerviosa determinada que a su vez puede descargar esta energía. Freud habla de una fuerza neural que llama "ego" que inhibe la descarga de varias neuronas. Donde la energía del ego era fuerte, la actividad nerviosa se veía bajo control y se ajustaba a los requerimientos del ambiente exterior. En cambio, si la energía del ego era poca, la descarga neural se encontraba poco inhibida. Así, la conducta controlada tanto como la impulsiva obedecían a fuerzas y factores naturales en el sistema nervioso de la persona.

Este "proyecto" reflejó de manera nítida la perspectiva neurológica elegante y el criterio objetivo y científico de Freud. Él era una persona que anhelaba comprender la conducta humana como fenómeno natural que seguía leyes naturales. Por desgracia, nunca logró construir su modelo neurológico de manera que explicara todos los aspectos de la neurosis. En especial, no pudo hallar la razón neurológica por la cual fueran reprimidos automáticamente los sucesos dolorosos y traumáticos. En 1896, Freud abandonó sus esfuerzos para explicar la conducta neurótica en términos estrictamente neurológicos y comenzó a concentrarse en explicaciones psicológicas.

Este viraje sucedió en parte por las dificultades teóricas y lógicas de su modelo neuronal, pero también por la convicción creciente de que las causas de los desórdenes neuróticos eran mucho más complejos que lo que hubiera pensado al principio. Originalmente había visto por ejemplo que muchos de sus pacientes recordaban hechos de contenido sexual, generalmente vejación por parte de proge-

[1]A propósito, Freud quizá dio con esta técnica gracias a uno de sus propios recuerdos olvidados. Fancher (1973) cuenta que Freud cuando adolescente leyó un ensayo llamado "El arle de llegar a ser un autor original en tres días" de Ludwig Borne. En ese ensayo Borne sugirió que el futuro escritor debería pasarse tres días anotando todo lo que le viniese a la mente "sin ninguna falsificación o hipocresía" y que aparecerían pensamientos nuevos y sorprendentes.

nitores o parientes cercanos y concluyó que eran éstos los sucesos que provocaban la mayoría de los síntomas histéricos. Pero ya para principiar el siglo, Freud estaba convencido de que su "teoría de la seducción" era demasiado sencilla y que había otros factores causales de mayor importancia que requerían estudio. Para empezar, no podía aceptar que la seducción y el abuso sexual fueran tan difundidos como lo indicara la alta frecuencia de la histeria. Aún más importante fue el hecho de que Freud había iniciado ya su interés en los *sueños* (los de él mismo y de sus pacientes) y había deducido en base a su modelo neurológico que los sueños representan el cumplimiento de *deseos.* Encontró que muchos de estos deseos o fantasías no son socialmente aceptables y por lo tanto se manifiestan solamente cuando las defensas están relajadas durante el sueño, y aun así solamente en forma disfrazada.

En un salto intelectual que de muchas maneras cambió al mundo, Freud entonces sugirió que —como los sueños— los síntomas de orden histérico pueden surgir de deseos y fantasías no conscientes, y no solamente de los recuerdos de hechos reales. De esta manera, el "recuerdo" de alguna seducción parental podría expresar de hecho el deseo o fantasía de tal suceso.

Las implicaciones de esta nueva teoría eran impresionantes y en última instancia llevaron a Freud al desarrollo de sus conceptos de mayor controversia: la sexualidad infantil, el conflicto Edipo/EIectra, y la base instintiva de la conducta humana. Modificó asimismo su aproximación a la terapia. El tratamiento psicoanalítico de la neurosis cambió la dirección dejando a un lado la recuperación de los recuerdos para adaptar la revelación de los deseos inconscientes.

Metas de tratamiento psicoanalítico

En términos generales, la meta del tratamiento psicoanalítico clásico es ayudar al paciente a pensar y conducirse en formas más adaptativas por medio de una mayor comprensión de sí mismo. En teoría, cuando el paciente comprende las verdaderas razones (con frecuencia inconscientes) *por las cuales* se siente o actúa en formas no adecuadas y comprende que estas razones ya no son válidas, entonces no tendrá que seguir conduciéndose de esta manera. Viene al caso la analogía de aquel soldado japonés abandonado en una isla del Pacífico durante la Segunda Guerra Mundial con órdenes de jamás entregarse. Ya terminada la guerra, décadas después, el soldado está aún oculto, defendiéndose del enemigo que ya no existe más que en su propia cabeza. Cuando por fin alguien lo encuentra y comprende que la situación ha cambiado y que las órdenes originales ya no son vigentes, puede dejar de conducirse como un animal perseguido y comenzar una vida productiva dentro del mundo más amplio.

En el tratamiento psicoanalítico, no es suficiente que diga el terapeuta "se acabó la guerra" con la simple descripción del material inconsciente que pudiera constituir el origen de los problemas. El paciente ha de realizar estos descubrimientos por sí mismo con la ayuda y guía del terapeuta. Idealmente, este proceso de irse comprendiendo a sí mismo, incluye el reconocimiento *intelectual* de los deseos íntimos y de los conflictos, una participación *emocional* en los descubrimientos

acerca de uno mismo, y la búsqueda sistemática del modo como los factores inconscientes han determinado la conducta pasada y presente y han afectado las relaciones con los demás.

Por lo tanto, las metas principales de la terapia psicoanalítica son: (1) la *captación* (Insight) intelectual y emocional de las causas fundamentales de la conducta del paciente y de sus problemas y (2) el *trabajar al fondo* de o elaborar las implicaciones de esta captación (Insight).

Uno de los mitos más populares acerca del psicoanálisis es que ocurre una percepción repentina de la vida entera de un solo golpe acompañado por una descarga explosiva (o "abreacción") de toda la energía emocional acorralada del pasado, seguida por la desaparición total y permanente de todos los problemas del paciente. Hay poco de verdad en esta imagen. Aunque los pacientes de Freud a menudo experimentaban alivio después de la descarga de ciertos recuerdos, él estuvo convencido que la desaparición de un síntoma (por dramático que fuera) por lo general representaba sólo una parte de la terapia, y que si no se proseguía a desenterrar más material inconsciente no tardaban en aparecer nuevos síntomas. Así es como "volver consciente al inconsciente" (Freud, 1914) es un proceso gradual que ocurre a lo largo de muchas sesiones analíticas, algunas de mayor tono emotivo que otras. Este esfuerzo continuo de autoexploración a menudo se ve entorpecido por callejones sin salida, pistas falsas y un sin fin de defensas psicológicas urdidas por el paciente para evitar traer a la conciencia algunas verdades que ha guardado ocultas durante un periodo largo.

Aun después de que aparezcan las verdades, el terapeuta ha de promover *la elaboración* de los Insights y la comprensión de las defensas que mantuvieron ocultas esas verdades tanto tiempo. En este renglón, la meta es que el paciente reconozca cuan extendidos han estado sus problemas, conflictos y defensas con el objeto de advertir su presencia y evitar su constante retorno. No habría caso, por ejemplo, que el paciente reconociera que ha tenido en el pasado sentimientos inconscientes de coraje hacia su madre si no se ve que en el presente se conduce con las mujeres *como si* fueran su madre y que sus problemas en relación con las mujeres están basados en su hostilidad inconsciente o en sus esfuerzos por defenderse contra esa hostilidad. En términos concretos, la captación del problema le da la estructura de su historia personal, pero la elaboración de este conocimiento le proporciona los detalles.

Alcanzar las metas ambiciosas del psicoanálisis que a veces pretende nada menos que una disección minuciosa de la personalidad del paciente y una lenta reconstrucción de ella, necesariamente requiere mucho tiempo (de tres a cinco sesiones por semana por 2 a 15 años), mucho dinero (el costo puede llegar a $100 dólares por hora) y también una gran destreza de parte del terapeuta para crear aquellas situaciones que facilitan y fortalecen el progreso. Los medios que emplea el terapeuta en esta gran tarea se presentan a continuación.

[2]Esta teoría de la "sustitución de síntomas" ha sido citada repetidamente por terapeutas de orientación psicodinámica en sus ataques al "tratamiento del síntoma" por medio de las técnicas del aprendizaje social (por ejemplo, Breger y MeGuagh, 1975).

TÉCNICAS DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

Una de las suposiciones básicas de la teoría analítica es que las fantasías, sentimientos y conflictos más importantes del paciente son inconscientes y se encuentran protegidos por determinados mecanismos de defensa. Por consiguiente, por mucho que se esfuerce, es difícil que el paciente sólo, sin ayuda, pueda penetrar el fondo de los conflictos que por tanto tiempo se han mantenido ocultos. En este aspecto es donde interviene el terapeuta. Debe crear una atmósfera en la cual el paciente pueda llevar a cabo un auténtico autoanálisis; debe enseñarse al paciente como y dónde ha de buscar la información significativa y debe ayudarle a integrar esta información en una estructura que tenga sentido.

La manera específica como se logran estos objetivos difiere según cada analista y cada paciente, pero hay algunas técnicas y estrategias que se dan comúnmente. Se presentará cada una de ellas por separado pero es importante recordar que en la práctica forman un entretejido de múltiples combinaciones en lugar de que se apliquen en un orden predispuesto.

Asociación libre

Esta es una de las técnicas más futidamentales que Freud desarrolló para ayudar al paciente a descubrir el material inconsciente. Como ya se dijo, la asociación libre evolucionó como parte de la búsqueda de una manera para recuperar los hechos olvidados que no fuera por medio de la hipnosis; consiste en pedir al paciente que se someta a una regla fundamental: la de decir todo lo que le viene a la mente sin corregir ni censurar.

> Al paciente se le pide que relate todo lo que se le ocurra a lo largo de la sesión. Debe relatar todo en la forma y secuencia original sin omisiones ni modificaciones. Se le pide pasividad hacia su proceso pensativo; en otras palabras que procure eliminar todo control consciente sobre su proceso mental al cual debe dar vía libre.

La idea es que al eliminar las restricciones de tipo lógico, de presión social o las reglas de otro tipo, el material inconsciente saldrá a la superficie.

El estilo más común, aunque no universal, es que el paciente asocie de manera libre mientras se encuentra acostado en un diván. En analista toma asiento fuera de la vista del paciente para evitar toda interferencia en el proceso. Etí las primeras sesiones quizá el analista tendrá que dar algunas instrucciones (por ejemplo, "di lo que se te ocurra, tenga o no sentido") pero más adelante el paciente se familiariza con su papel e inicia sus asociaciones sin la necesidad de ser estimulado. A veces, la información importante Se presenta de manera bastante directa.

Paciente: Dios mió, qué día. No he trabajado tanto desde la secundaria. En aquel entonces trabajaba medio turno en una granja de mi tío y medio turnó en una farmacia. Las labores de la granja eran de veras difíciles. A veces, cuandb hacía calor, creí que me moría allí en el campo. Era mucho más agradable cuando había ido de vista de niño. Mis papas nos llevaban a mi herrnana y a mi a la granja los fines de semana y jugábamos todo el día. Entrábamos mucho al granero donde

jugábamos algún juego secreto o algo (una pausa). Ahora recuerdo. Jugábamos al médico y mi hermana, mis dos primos y yo nos turnábamos para ser el doctor y examinar nuestros genitales. Sabíamos que no debíamos hacer eso y recuerdo haber tenido mucho miedo de que nos descubrieran. . ."

A menudo los recuerdos de este tipo se acompañan de las emociones propias del suceso original. El paciente citado aquí pudo haberse sonrojado y sentido ansiedad al contar el incidente.

Debido a los mecanismos de defensa, las bases inconscientes de los problemas actuales del paciente rara vez se revelan de manera clara y automática en sus recuerdos, sentimientos y deseos. Con más frecuencia, la asociación libre nos da pequeños vistazos y pistas de las causas subyacentes del trastorno. Es tarea del terapeuta, lograr descifrar el sentido de lo que emerge. Los *patrones de la asociación* suelen ser reveladores. Obsérvese el siguiente extracto de la asociación libre de un paciente masculino de mediana edad:

Paciente: Mi papá me llamó por larga distancia anoche. Era agradable pero nunca me siento tranquilo cuando hablamos. Después del imprescindible: "Hola, ¿cómo estás?" ya no había más que decir (una pausa larga). Casi me duermo ahorita. Esto me pasaba mucho en la Universidad. He de haber pasado la mitad de mis clases dormido. Una vez desperté con el maestro encima de mí, sacudiéndome y toda la clase riéndose.

El hecho de que los pensamientos acerca del padre condujeran a los recuerdos de una figura autoritaria amenazante podría tener importancia, sobre todo si este patrón se repite en otras sesiones. Podría significar que el paciente aún tiene

Figura 9-2 La situación clásica de terapia psicoanalitica *(Tomado de Psychology and Life, 7a. Edición por Floyd L Ruch. Copyright © 1963, 1967 por Scott, Foresman and Company, Reimpreso con permiso.)*



sentimientos no resueltos de temor y odio en relación a su padre, sentimientos que requieren ser aclarados, aceptados y elaborados.

Una gran parte de lo que dice el paciente durante la sesión de asociación libre es de naturaleza defensiva. Se considera que el paciente cuya mente se queda en blanco, solamente habla de detalles triviales, u obviamente "corrige" lo que dice, está obstaculizando su autoexploración. El siguiente segmento de una sesión de tipo analítico con "S" (Murray, 1938 citado en White y Watt, 1973; pp. 257-258) nos da un excelente ejemplo de las defensas del paciente (al analista se le designa como "E"):

S: Lo que más me ocupa la mente en este momento es la prueba de una hora que acabo de tener. Fue un examen bastante difícil. No me sentía especialmente brillante hoy. No sé si cometí errores o no. Mucho depende de esta prueba ya que quiero conseguir una beca para el segundo semestre. Si la consigo, podré seguir mis estudios para la maestría. Si no, no creo poder hacerlo. Es difícil conseguir préstamos hoy en día. Me gustaría seguir mis estudios porque con ellos podré conseguir el trabajo que yo quiero. Estoy muy interesado en un trabajo de investigación y el curso que estoy tomando me prepara para eso.

E: Me temo que estás contando una historia en vez de contarme lo que viene a tu mente. (Después de sus primeras frases, S ha estado opinando de manera razonada sobre su estado anímico. Esto es contrario a las reglas y constituye la primera manifestación de la resistencia).

S: Tengo un experimento esta tarde y ni sé de qué trata. (Este comentario puede tener un doble significado: S se está preguntando de qué se trata en la presente sesión y a la vez en qué consiste el asunto de la tarde. Pero ha abandonado su primera forma de resistencia y el tema siguiente es una buena muestra de una asociación libre).

S: ¿Cómo estará mi papá? No ha estado muy bien que digamos. Nunca nos llevamos bien. Recuerdo que una vez de joven debía yo estar vigilando las vacas que estaban pastando cerca de una huerta. Me interesé tanto con mi lectura que me olvidé de las vacas; éstas entraron en la huerta y comieron algo de fruta de los árboles. Mi papá se enfureció. Apareció y se dejó venir derecho hacia mí. Yo corrí, y él, a la manera rústica, me soltó una patada, se resbaló en el pasto húmedo y casi se quebró el brazo. En este momento, S se volteó en el diván directamente a E).

E: ¿Qué pensaste al voltearte?

S: Me volteé para verte directamente.

E: ¿Por qué quisiste verme de frente?

S: Si quieres hacerte entender y ves de frente a la persona suele ser mejor. Por ejemplo, como vendedor. . . (Otra vez S ha dejado por completo la asociación libre para hablar de "hacerse entender" o "vender su argumento". Esta es otra forma de resistencia parecida a la primera. A la vez ha dramatizado su sentimiento hacia E. Sin duda molesto porque E le llamó la atención la primera vez que infringió las reglas, recuerda un hecho anterior en que desobedeció, pero se salvó del enojo de su padre y de hecho invirtió la situación al provocar que su padre se lastimara. Sin embargo, este tipo de pensamiento le despierta tanta an-

siedad que tiene que voltear a ver a E para comprobar que no se estaba enfadando. En este momento, E le recuerda de nuevo la regla fundamental).

S: (Una pausa larga.) Debo reportar lo que se me ocurra, pero parece que no pienso nada. No me agradan muchos tus pinturas o lo que sean.

E: ¿Qué es lo que no te gusta de ellas?

S: Tengo recuerdos desagradables de pinturas de este tipo. El diploma enmarcado es una cosa muy simple para colgar en la pared. A propósito, ¿es el tuyo?

E: Dime lo que se te ocurra de él.

S: Pensé que podría ser tuyo, pero cuando lo veo dice "M. D." (doctor en medicina) así es que no ha de ser tuyo. (Por un momento parece que S está asociando libremente pero ha escogido otro método de resistencia: el método de describir los objetos que están presentes en el cuarto. Casi de momento sus sentimientos lo traicionan, ya que critica los objetos y logra en esta forma indirecta decirle a E "Tú no eres ningún médico"). Es importante recordar que, según la teoría analítica, inicialmente el terapeuta despertará resistencia y muchas otras formas de defensa en el proceso de la asociación libre. El terapeuta debe reconocer estas defensas y deberá señalárselas al paciente a lo largo del proceso de la exploración analítica (se estudiará este aspecto más adelante).

Utilización de los sueños

Debido a que se consideran como la expresión de los deseos y de las fantasías que por lo general se hurtan a la consciencia, los sueños desempeñan una función importante en el psicoanálisis. En una ocasión Freud llegó a llamar a los sueños "el camino real al inconsciente". Sin embargo, hay un problema para el analista cuando utiliza el material de los sueños: Aunque las defensas del paciente están *relativamente* relajadas durante el sueño, no están totalmente ausentes, y de todas formas opera algún grado de distorsión y defensas. Por lo tanto, se considera que los sueños expresan los deseos inconscientes en una versión lo suficientemente disfrazada como para no traumar (y despertar) a la persona dormida. Sin embargo, gracias a que el material inconsciente se considera más cerca de la superficie en los sueños que en el estado de vigilia se les otorga una gran importancia en el psicoanálisis. Se puede emplear una sesión completa a una serie de sesiones para recordar y discutir un solo sueño.

La descripción que rinde el paciente de su sueño revela su *contenido manifiesto* o sus características obvias. Si la persona sueña que va corriendo por el bosque y de repente cae dentro de un estanque de una fría ensalada de macarrones, esto es el contenido manifiesto. Este suele componerse de características y sucesos de poca importancia asociados con las actividades del día ("residuo del día") o pueden ofrecer una manera fácil de satisfacer deseos del momento sin necesidad de despertar a la persona. Una persona con hambre podrá soñar con comida por ejemplo.

Para los propósitos del psicoanálisis el aspecto más interesante de los sueños es su *contenido latente:* las ideas, deseos e impulsos inconscientes, que aparecen en una forma no *comprometedora* como una negociación entre la represión total y la libre expresión. El proceso que consiste en transformar este material rechaza-

do en algo más aceptable es el *trabajo onírico.* Las diversas formas en que se puede presentar este trabajo han sido el tema de una gran cantidad de publica^ ciones psicoanaliticas, que se inició con *La interpretación de los sueños* de Freud mismo (1900). En resumen, la teoría analítica y la experiencia clínica indican que el trabajo onírico emplea: el *desplazamiento,* la *condensación,* la *aromatización,* la *sustitución*, la *devaluación* y la *simbolización* (Fancher, 1973; Munroe, 1955).

Se considera que la mayor parte de los aspectos del contenido manifiesto de los sueños son simbólicos o representan alguna otra cosa diferente. A pesar de la creencia popular que considera que cierto contenido (por ejemplo, una serpiente) *siempre* "significa" algo específico (por ejemplo, un pene), Freud no creyó que los sueños pudieran ser interpretados con tanta rigidez (se dice que hubo una ocasión en que señaló que "a veces un cigarro puro es simplemente un puro"). Sin embargo, la mayoría de los analistas dan por hecho que el contenido manifiesto sí tiene algo de significado simbólico aunque el simbolismo puede diferir de persona a persona o incluso de sueño a sueño.

Por ejemplo, se puede *desplazar* un impulso inconsciente muy significativo (tal como el deseo de tener relaciones extramaritales) a una posición de menor importancia en el sueño (un salón de masaje o el anuncio de algún negocio de mejoramiento físico visto de paso desde un automóvil). En algunos casos un sueño aparentemente inocuo (tal como soñar al hermano que va de vacaciones) puede interpretarse como un *sustituto* para un deseo tabú (por ejemplo, la muerte del hermano). El trabajo onírico puede consistir también en *devaluar* material significativo. Munroe (1955) nos cuenta de una mujer mojigata que soñaba con frecuencia que aparecía en público semivestida o aun desnuda sin sentirse aturdida en lo más mínimo. Se supone que ella se defendía contra los deseos sexuales inconscientes al aparentar que no tenían importancia.

Una gran cantidad del material inconsciente que en potencia tiene un gran valor se puede expresar a través de los sueños en una forma *condensada.* Otra vez, Munroe (1955) nos aporta un excelente ejemplo con un sueño en el cual el paciente relata: "Le tengo miedo al perro." Para el analista, esto puede significar (1) el paciente teme a Dios (en inglés, God, Dios, se escribe exactamente al revés que dog [perro]), (2) el paciente-desea esconder su temor hasta de sí mismo y (3) al igualar Dios con perro el paciente expresa desprecio por un Ser Supremo. Surgen algunos "atajos" similares en los sueños como secuencias *antilógicas* (por ejempo, cuando hay un cambio repentino de tiempo o lugar) o como *aromatizaciones:* dos personas peleando pueden representar tendencias conflictivas del propio paciente.

Además del trabajo onírico, los mecanismos de defensa durante la *vigilia* pueden obstaculizar los esfuerzos del analista para descubrir el contenido latente. Generalmente se le pide al paciente que describa su sueño de la manera más fiel y completa que le sea posible, pero el reporte se puede corregir y organizar inconscientemente de una forma más lógica que como ocurrió de verdad en el sueño. Esto lo llamó Freud *revisión secundaria.*

Para lograr identificar aquellos aspectos de un sueño que tengan un mayor significado inconsciente (y por lo tanto mayor necesidad de ser ocultos), algunos

analistas piden al paciente que repita una o más veces su sueño. Las versiones posteriores casi siempre difieren del relato original y se supone que los cambios, omisiones y agregados que ocurren reflejan los esfuerzos inconscientes por disfrazar o defender con más eficacia el material perturbador.

Un procedimiento más común es pedirle al paciente que haga una asociación libre respecto a ciertas facetas del contenido manifiesto. A través de este proceso es posible que se descubra material inconsciente. Considérese este sueño que reporta el Dr. Roberto Lindner de una paciente cuyos padre y madre (inválida en silla de ruedas), tuvieron un matrimonio extremadamente infeliz:

> Estaba yo en lo que parecía un salón de baile pero yo sabía que realmente era un hospital. Se me acercó un hombre y me ordenó que me desvistiera y quitara la ropa. Me iba a practicar un examen ginecológico. Lo obedecí pero tenía mucho temor. Mientras yo me desvestía me daba cuenta de que le hacía algo a una mujer en el otro extremo del salón. Estaba sentada o acostada en un extraño aparato lleno de palancas, estribos y pedestales. Sabía que yo seguía y que tendría que sentarme en aquella cosa mientras él me examinaba. Repentinamente me llamó por mi nombre y me vi corriendo hacia él. La silla o mesa o lo que fuera se encontraba ya vacía y me ordenó subirme en ella. Rehusé y comencé a llorar. Comenzó a llover gotas muy grandes de lluvia. Me tiró al suelo y abrió mis piernas para practicar el examen. Me volteó boca abajo y comencé a gritar. (Lindner, 1954; pp. 134-135)

Lindner describe cómo este contenido manifiesto se utiliza como la materia prima para llevar a cabo la asociación libre.

> "Bueno", dijo ella después de un breve silencio de espera "Qué significa."
>
> "Laura", le reprendí: "tú sabes que no se hace así. Ponte a trabajar y veremos."
>
> "Lo primero que pienso es en Ben", comentó. "Es interno en la Universidad como sabes. Supongo que es el médico en el sueño o quizá fuiste tú. De cualquier modo quienquiera que fuera, no me dejaba que me revisara."
>
> "¿Por qué no?"
>
> "Siempre le he temido a los doctores. Me da miedo que me lastimen."
>
> "¿Cómo te lastimarían?"
>
> "No sé. Picándome con una aguja, supongo. Es curioso, nunca pensé en eso. Cuando voy al dentista no me importa la aguja, pero con un médico es diferente. . . Me da escalofrío pensar en que me piquen las venas. Siempre me temo que es eso lo que va a hacer el doctor."
>
> "¿Ha sucedido eso?"
>
> Asentía con la cabeza. "Una vez, en la escuela para un análisis de sangre. Me desmayé."
>
> "¿Y qué hay respecto a los exámenes ginecológicos?"
>
> "Nunca me han hecho uno. No soporto la idea de que alguien me explore adentro." Otro silencio; luego: "Oh", dijo. "Ya veo. Se trata del sexo. Me temo que el médico del sueño *es* Ben. Él quiere tener relaciones pero me da miedo y me alejo." (Lindner, 1954; p. 135).
>
> Esta percepción repentina resultó demasiado fácil y muy obvia.

El analista tiene la seguridad de que hay más de fondo.

". . .Otros hombre han hecho el amor contigo"

"Sí, "respondió ahora sollozando" pero únicamente como un último recurso, para retenerlos un poco más. Haría lo que fuera para evitar el contacto, que me estuvieran penetrando. . . como la aguja supongo.

"Pero, ¿por qué, Laura?"

"No lo sé", se lamentó. "No lo sé. Dímelo."

"Creo que el sueño te lo dice", le contesté.

"¿El sueño que acabo de relatar?"

"Sí. . . Hay una parte en que no has pensado. ¿Qué se te ocurre cuando piensas en la otra mujer del sueño, la mujer que estaba examinando el doctor antes que tú?"

"El aparato en que está sentada", exclamó Laura. "Era como. . . como una silla de ruedas; ¡la silla de ruedas de mi madre!"

"¿Es eso?"

"Pero por qué estaría examinándola a ella? ¿Qué querrá decir eso?"

"Bueno, piensa en lo que significa este tipo de examen para ti."

"El sexo", respondió. "El contacto sexual, eso significa."

"¡Así es que es eso! Las relaciones sexuales mandaron a mi madre a la silla de ruedas. La paralizaron. Y yo temo que es lo que pasará conmigo... ¿De dónde sacaría yo esa idea tan loca?" (Lindner, 1954; pp. 136-137.)

Fíjese cómo la asociación libre con el material del sueño, llevó al paciente a captar algo que conduciría a una mayor exploración y el material inconsciente que aún no ha desenterrado.

Se cree que ciertos sueños tienen un contenido latente de particular importancia. Se ha llegado a sugerir que el *primer* sueño que el cliente relate al analista puede ser un compendio capsular de todos sus problemas principales (Blanck, 1976). Sin embargo, por lo común, se utiliza una *serie* de sueños en el proceso del análisis. La concentración en varios sueños con frecuencia revela *patrones* establecidos de contenido latente y ayuda a evitar los errores que pudieran suceder si se da demasiada importancia a un solo sueño. Hall (1953) aporta un excelente ejemplo de este proceso en su análisis de varios sueños reportados por un paciente de 18 años.

Otro punto que hay que recordar acerca del uso de los sueños en el psicoanálisis es que aportan ideas, pistas e hipótesis para seguir investigando, en lugar de "respuestas definitivas". Bonime (1962) con toda claridad nos advierte de la precaución que se requiere para analizar aún los contenidos simbólicos y asociaciones más obvias":

Si una mujer está soñando con una serpiente y queda establecido que la serpiente representa el pene, aún seria necesario, para comprender su personalidad a través de este símbolo, establecer la calidad de la experiencia con el pene simbolizado por la serpiente. Si la mujer fuera una bailarína profesional con el único deseo de seducir y si hubiera ejecutado una danza domadora de serpientes, entonces la serpiente de sus sueños simboliza su deseo de seducir o controlar al hombre con su atractivo sexual. Si una mujer se hubiera embarazado antes de casarse durante el período de compromiso y el prometido la hubiese abandonado, el pene en forma de serpiente de su sueño podría representar el veneno o engaño, o ambos, no solamente de parte de los

hombres sino de cualquier ser humano que le ofreciera intimidad. Si hubiera tenido una educación muy puritana y sin embargo hubiera tenido relaciones sexuales, el pene en forma de serpiente pudiera representar sus deseos "pecaminosos" o su secreta actividad sexual en sí. . .Aún más, la serpiente pudiera representar. . . intensos de otros tipos de autogratificación. . . (p. 36).

Atención a la "conducta cotidiana"

Uno de los conceptos básicos de Freud es el *determinismo psíquico* (véase el Capítulo 3), la idea de que casi toda la conducta humana se relaciona con los procesos mentales conscientes e inconscientes o **es** causada por éstos. La consecuencia obvia de este punto de vista (expuesta en su libro *La Psicopatología de la vida cotidiana* (1901, 1014) es que, como los síntomas neuróticos, gran parte de nuestra conducta diaria refleja de alguna manera nuestros deseos, fantasías, impulsos y mecanismos de defensa.

Por lo tanto, el psicoanalista pretende estar siempre alerta y sensible hacia toda la conducta verbal y no verbal de su paciente que se manifiesta durante las sesiones o en sus relatos de lo sucedido entre sesión y sesión. Esto implica mantener la atención "bien repartida" o siempre alerta tanto a los relatos importantes como a los triviales, a los actos intencionales y a los sucesos "accidentales", al lenguaje corporal y al lenguaje verbal. Todos o cualquiera de estos aspectos puede desenmascarar las tácticas habituales de defensa psicológica y los secretos que se pretenden proteger. La teoría psicoanalítica ha generado numerosos ejemplos de la conducta cotidiana cargada de significados especiales. Dos de las categorías más conocidas de esta conducta son: los *errores* y el *humor,* que se estudian a continuación.

Los errores En medio del asunto de Watergate, el ex-presidente Nixon hizo la siguiente declaración en un discurso ante el congreso. "Únanse a mí para montar un nuevo esfuerzo para responder al desacreditado presidente. . ." De hecho quiso decir. . . "para reponer el **desacreditado** presente programa de asistencia social. . .", pero es posible que otros asuntos que tenía en mente hubieran ocasionado este lapsus linguae. Tales "lapsus freudianos" o *parapraxis* son indicios obvias de los sentimientos reales incoscientes del orador. (El exgobernador de Texas, John Connally en una ocasión dijo que esperaba que el Vicepresidente Agnew "fuera exonerado y hallado culpable. . .") Quizá algunos errores parecidos al escribir también expresan sin querer los verdaderos sentimientos: "Estimada Magdalena: tu fiesta fue divina. Gracias por habernos invitado. Podemos dejar pasar mucho tiempo para verlos de nuevo. . ."

Estas parapraxis tan "Fáciles de interpetar" son comunes en la vida diaria y aunque en analista las utiliza para ayudar al proceso de autoobservación del paciente, también se concentra en equivocaciones más sutiles aparentemente sin sentido y que por lo tanto probablemente señalan el material inconsciente bien protegido que de momento "se ha escapado". Brenner (1974) menciona el caso de un joven paciente interesado en cultivar su cuerpo el cual en lugar de decir "físico" dijo "fisible". Esta equivocación "accidental" de inmediato no cobijaba ningún

Cuadro 9-1 El análisis de Freud sobre el "Lapsus Linguae"

En su libro, *Psicopatologia de la vida cotidiana,* Freud (1901) describe su análisis del "lapsus linguae" de un joven que él conocía. Refleja cómo, de acuerdo con la teoría pslcoanalítica, surge el contenido significativo de formas sumamente sutiles.

En el transcurso de su conversación con Freud, el joven citó la *Eneida* de Virgilio en latín; "Exoriare aliquis nostris ex ossibus ultor" ("Que alguien se levante de mis huesos como un vengador"). Al hacer esta cita, omitió la palabra "aliquis" ("alguien"). Para ayudar al hombre a encontrar el significado de su error, Fregd le pidió que asociara libremente la palabra que omitió.

Entre las diferentes asociaciones que realizó estuvieron la división de la palabra en "a" y "liquous" así como otras palabras tales como "reliquien" (que significa "reliquia"), "licuar", "fluidez" y "fluido". Luego pensó en las reliquias de Simón de Trenf que había visto hacía dos años, luego en los sacrificios humanos, luego de un artículo de un periódico titulado, "Lo que San Agustín opina de las mujeres." Posteriormente, pensó en San Genaro y e\ milagro de su sangre (que se supone se licúa una vez al año en un día de fiesta) y el hecho de que en una ocasión se demoró.

En ese momento el joven se sintió perturbado y dejó de asociar. Freud le preguntó qué le pasaba y él respondió que la asociación nueva era demasiado íntima como para comunicársela y que se relacionaba con una muchacha de la cual él esperaba noticias. Entonces Freud le dijo que las noticias tenían que ver con la posibilidad de que la muchacha estuviera embarazada.

El asombro del joven al darse cuenta de que le descubrieron su secreto (que era bastante más impresionante en 1900 de lo que sería en la actualidad) disminuyó cuando Freud le explicó su método. Las referencias en las asociaciones libres con respecto al líquido, sangre, santos del calendario, milagros que ocurrían periódicamente en la forma de sangre que fluye, preocupación acerca del retraso del milagro, y asuntos semejantes condujeron a Freud a percibir la preocupación consciente e inconsciente de la joven con la menstruación y embarazo posible.

---

sentido para el terapeuta ni para el paciente; pero siguiendo el método psicoanalítico se le pidió al paciente que hiciera asociaciones sobre la palabra "fisible". Su primera asociación fue la palabra "visible" y siguió este camino hasta descubrir un deseo inconsciente de exhibir su cuerpo desnudo y de ver a otros también desprovistos de ropa.

Muchas otras equivocaciones diarias y al parecer simples pueden cobrar importancia psicoanalítica. El hecho de que un escritor al revisar un manuscrito no detecte ciertos errores penosos, o poco bondadosos puede indicar también la presencia de algunos deseos inconscientes. Otros hechos "accidentales" en especial aquellos en que el paciente es por lo menos parcialmente responsable pueden ser producto de algún deseo. El mesero que tira la sopa sobre un cliente de avanzada edad o una mujer que sin querer quema los papeles importantes de sú marido puede intentar efectuar una asociación libre en relación con varios elementos de estos "accidentales". Podría resultar que el mesero de hecho quiso ejecutar a la figura paterna y que la mujer estuviera expresando una fuerte competencia con su marido.

Los olvidos son otro ejemplo de errores supuestamente "motivados". No se trata de los casos en que la persona con toda intención "olvida" algo (una cita con el dentista, por ejemplo) sino de aquellos casos en que ocurren lagunas en la

memoria sin alguna causa evidente. Si el paciente olvida el contenido manifiesto de un sueño que quería relatar, el analista puede sospechar que el sueño contenía material demasiado amenazante para recordar y analizar. A veces sucede que el paciente logra una comprensión importante y de manera súbita olvida en qué consistió: supuestamente como una defensa contra la información no muy halagadora acerca de sí mismo.

Con frecuencia, se platica y analiza un olvido que haya ocurrido fuera de las sesiones de la terapia. Brenner (1974) menciona a un paciente que en una fiesta olvidó el nombre de un amigo íntimo sin podérselo explicar. Al someter lo sucedido al proceso de asociación libre, se encontró un significado inconsciente.

> Al hablar sobre esto, resultó que el nombre del amigo era igual al de otro hombre conocido del paciente pero hacia quien tenía fuertes sentimientos de odio que le hacían sentirse muy culpable. . . Además, mencionó que el amigo era inválido lo cual le recordaba sus deseos de lastimar al tocayo a quien odiaba. Para evitar traer a la conciencia sus fantasías destructivas. . . reprimió el nombre que ligaba a las dos personas, (p. 130).

Por medio del siguiente ejemplo se nota claramente la complejidad de los procesos inconscientes que son revelados por los hechos aparentemente de rutina.

> Una paciente, al estar manejando el coche de su marido, enfrenó con tanta brusquedad, que el coche de atrás le sumió la carrocería. . . El análisis de lo sucedido arrojó un juego muy complejo de motivos inconscientes. . . Por una parte, la mujer estaba inconscientemente muy enojada con el marido. . . Al dañar su coche expresaba de manera incosciente la rabia que no pudo manifestar abiertamente y direcmente contra él. Por otra parte, sentía mucha culpa por lo que inconscientemente deseaba hacer en su contra. . . y dañarle su coche era una manera excelente de lograr que él la castigara. . . Por último, los deseos sexuales fuertes que su marido no pudo satisfacer y que ella reprimía fueron satisfechos simbólicamente con un hombre que "le sumió la carrocería" por atrás. (Brenner, 1974; p. 139.)"

A menudo se señala que la teoría psicoanalítica no acepta la existencia de los accidentes reales o equivocaciones inocentes. En términos estrictos esto no es cierto. Los acontecimientos sobre los cuales el paciente no tiene control (por ejemplo ser herido cuando un avión se estrella en su casa) son vistos como accidentes auténticos, pero si la víctima puede ser en alguna forma responsable de lo sucedido entonces sí existe la posibilidad de algún significado inconsciente. Los autores recuerdan el caso de una mujer que regresaba del mandado en un día invernal cargando varias bolsas pesadas. A la entrada de su casa se resbaló en el hielo y se rompió la pierna. Su marido, un psicoanalista, al oír el golpe salió corriendo y al verla convulsionada de dolor, acertó a preguntar: "¿Por qué me hiciste eso?" Usando la lógica analítica el marido deducía que aunque la caída se debía al hielo y la nieve, la mujer al no pedir ayuda o no hacer varios viajes expresó un deseo inconsciente de lograr más atención y protección de él o de castigar su indiferencia agregando una nueva responsabilidad (la de atenderla) a sus responsabilidades diarias.

Así, la noción acerca de que los accidentes, los errores al hablar o escribir o recordar pueden ser simplemente producto de la fatiga, la impaciencia, las presiones del tiempo u otros factores externos, se rebate con el criterio analítico de que tales factores externos simplemente *facilitan* un accidente o error; su forma en particular está determinada por los procesos inconscientes.

El humor Los chistes y las agudezas abundan, y, aunque a primera vista no parecen dignos de contemplación psicoanalítica, Freud notó que el humor generalmente contiene expresiones de *hostilidad* o *agresión,* ya sean abiertas u ocultas. La transformación de estos sentimientos en humor se llama *trabajo del ingenio y* presenta algunas analogías con el *trabajo onírico* ya discutido. De ahí que el desplazamiento, la condensación y otros procesos resaltan en ciertos chistes. Los juegos de palabras son un muy buen ejemplo de la *condensación* en que por lo menos dos significados se expresan con una sola palabra: El hombre que practica la circuncisión a los elefantes me contó que su trabajo tiene sus puntos buenos y sus puntos malos. El suelo es muy malo pero los "tips" (que en inglés significa tanto *puntas o extremidades* como *propinas)* son muy grandes. "Vemos aquí, además de la condensación en la palabra "tips", quizá desplazamiento de agresión hacia quien o hacia lo que fuere representado por el elefante.

De hecho, cuando se considera cuántas bromas y chistes (para no mencionar todo el repertorio de "Don Rickles") presentan situaciones en que determinada persona, o grupo de personas, hace el ridículo, es lastimado o asesinado, o de alguna forma lleva las de perder, entonces resulta fácil ver cómo llegó Freud a sus conclusiones. Es más interesante, quizá, el hecho de que aunque teóricamente los chistes son "inocentes" a Freud le costó trabajo encontrar solamente un buen ejemplo.

Según la teoría psicoanalítica, las bromas proporcionan un desahogo no peligroso de la rabia y hostilidad que, de ser expresados directamente, podrían despertar un desagravio violento o cuando menos sentimientos intolerables de culpa. Debido a que la broma atenúa cuando menos una parte del impulso agresivo, una cierta cantidad de energía psíquica, que de otra manera se hubiera empleado en la represión continua de aquel impulso, se vuelve innecesaria y se libera en forma de risa. Por consiguiente, el analista puede analizar las bromas que hace una persona o las que encuentra "chistosas" para ayudar a su paciente a lograr una comprensión mayor de sí mismo. En Grotjahn (1957) y en la obra *Los chistes y su relación con el inconsciente* ("Jokes and Their Relation to the Unconscious") del mismo Freud, se encuentran en detalle las teorías de Freud sobre el humor.

Análisis de la resistencia

Como se precisó anteriormente, el psicoanalista supone que el paciente manifestará varias formas de resistencia durante el transcurso de cualquier esfuerzo para descubrir el material inconsciente amenazante. Ya se han visto algunos ejemplos de la resistencia relacionados con la asociación libre y con el análisis de sueños, pero existen muchas otras formas también. Todas tienen importancia porque (1) ayudan a señalar los temas, áreas, acontecimientos y periodos de tiempo que más

defensa despiertan y que por lo tanto requieren una mayor investigación y, (2) proporcionan algunos ejemplos actuales de las defensas acostumbradas, que, con la ayuda del analista, el paciente puede llegar a reconocer para finalmente abandonarlas. Debido a que solamente se logra el verdadero progreso en la ausencia de la resistencia, el psicoanálisis se ocupa de combatirla.

La cantidad de maneras mediante las cuales se hace patente la resistencia al psicoanalista es demasiado grande como para enumerarlas aquí. Se presentan solamente algunos ejemplos para ejemplificar la gran variedad de posibilidades (véase Fine 1971, en especial los Capítulos 8, 9 y 10 para mayor información).

A menudo se deduce una resistencia obvia hacia todo el quehacer psicoanalitico (o hacia alguna fase en particular de éste) cuando el paciente llega tarde o falta repetidamente a sus sesiones de tratamiento. El rehusar tratar ciertos temas,[3] no estar dispuesto a utilizar el tradicional diván, quedarse dormido o no pagar la cuenta con frecuencia se interpreta de la misma manera.

Otras manifestaciones de resistencia pueden ser más sutiles. La aparición de un estado depresivo o cierta desesperación en el momento en que está por ocurrir una revelación importante, en algunas ocasiones se considera la manera como el paciente pospone determinadas revelaciones dolorosas. "En el momento en que aparecen sentimientos de desesperación, muchos terapeutas sienten el deseo de cambiar de técnicas, convencidos de que ha fallado el tradicional enfoque analítico. Y eso es precisamente lo que el paciente quiere lograr. . . Su desesperación tiene una finalidad de manipulación, de alejar a la gente y permitirse una entrega a sus sufrimientos. (Fine, 1971; pp. 123-124.) De esta manera, cuando al observador ajeno le parece que el paciente está expresando su tristeza por la falta de progreso después de varios meses y hasta años de análisis, para el analista su paciente está luchando *contra* el avance y el cambio.

Una interpretación parecida se puede hacer en relación con otras conductas. Un ejemplo común es un patrón llamado *intelectualización.* En este caso se observa que las emociones importantes se reprimen pero el paciente en apariencia coopera. Lo que hace es sustituir la lógica y razonamientos por los sentimientos que tanto cuentan en el análisis. Así, al discutir la muerte de un progenitor, el paciente quizá diga con toda calma algo así: "Bueno, sí, me entristeció, pero de hecho lo esperábamos, así es que no hubo 'shoch'. Además, a mí me tocó hacer todos los arreglos y eso me absorbió por completo." Otros pacientes para evitar el enfrentar sus problemas gustan de insistir en un cálculo de la duración de la terapia o de embrollar al analista en conversaciones o debates sobre la bondad de diversas técnicas, los méritos de tal o cual escuela u otros temas de tipo esotérico.

Los psicoanalistas han detectado otras tácticas, menos cerebrales de resistencia. Por ejemplo, cuando el análisis se vuelve amenazante, el paciente puede desarrollar varios síntomas físicos sin base orgánica tales como tos crónica, visión borrosa, catarro crónico* un trastorno del habla u otros de tipo histérico que pueden obstaculizar o incluso impedir el trabajo analítico. En ocasiones, tales

[3]O rehusar hablar por completo. Existe el caso del paciente que no dijo nada en terapia ¡a lo largo de dos años! (Fine, 1971).

síntomas (el rehusar comer por ejemplo) pueden llegar a comprometer la vida misma del paciente. El analista también sospecha de resistencia cuando otros patrones de conducta aparecen. *Regresión,* cuando el paciente "retrocede" en vez de progresar como por ejemplo quedándose en cama, descuidando su apariencia, olvidando sus hábitos de higiene personal, entregándose al llanto, requiriendo constantes cuidados, todo esto puede considerarse como un serio y permanente obstáculo para el análisis.

Otras conductas llamadas "acting out" también se consideran debidas a la resistencia. El comenzar a beber o el regreso al abuso del alcohol o las drogas, la participación en actividades recreativas de gran peligro, o algún otro cambio igualmente dramático en su estilo de vida, puede verse como la manera, por parte del paciente, de rehuir la ansiedad generada por un posible hallazgo de material reprimido. Estas conductas, de peligro para el paciente, también pueden ser amenazantes para el terapeuta. Algunos pacientes en análisis han llegado, en algunas ocasiones, a intentar o herir o matar a su terapeuta, se supone que como un intento desesperado de evitar la relación de una verdad acerca de sí mismos. En algunos casos trágicos, estas medidas extremas han resultado mortales para el analista.

Una última forma de resistencia que discutiremos aquí es probablemente la más difícil de aceptar para el observador de orientación no analítica. Nos referimos a los casos en que el paciente siente que (1) los factores externos más que intrapsíquicos son causantes de sus problemas; (2) que los problemas se están agravando; y (3) que el paciente, como cliente, tiene el derecho de exigir pruebas de la eficacia de la aproximación psicoanalítica. En cada caso, el paciente externa una opinión o deseo razonable, pero el terapeuta lo ve como una maniobra para distraer la atención de las dinámicas intrapsíquicas que considera como la base de todos los problemas de conducta. Por lo tanto, deberá quedar claro, que si el analista se concentran más en *el por qué* de las preguntas de su paciente que en ofrecerle respuestas directas, es porque su propósito no es eludir el asunto sino el de seguir sus principios psicoanalíticos. Estos principios dictan que cualquier conducta del paciente que interfiere con el proceso analítico deberá ser considerada como una defensa, de tal manera que a la postre el material inconsciente que se cree que *realmente* es la base de sus problemas, puede ser traído a la conciencia.

Análisis de la transferencia

Se comentó en el Capítulo 8 que en cualquier tipo de terapia, surge una *relación* "x"entre terapeuta y cliente. En el psicoanálisis, esta relación no sólo constituye el contexto en sí del trabajo a realizar sino que es la fuente misma para obtener el "material" para escudriñar el inconsciente y sus defensas. La relación con el terapeuta y los sentimientos del paciente hacia él constituyen lo que se llama *transferencia** Se dice que se desarrolla por lo menos en dos niveles. El primer nivel abarca los sentimientos conscientes, más o menos obvios y reales como cuando el paciente expresa su gratitud por la ayuda del terapeuta o respeto por su sabiduría.

[4]Los sentimientos del terapeuta hacia su paciente se designan como contratransferencia.

A este nivel hay una *alianza terapéutica* (Zetzel, 1956) que facilita el proceso de la terapia.

Sin embargo, en el otro nivel, el nivel del inconsciente, se piensa que la relación de transferencia contiene actitudes y reacciones en relación directa con los conflictos inconscientes intrapsíquicos, muchos de los cuales pertenecen a la niñez y constituyen la fase fundamental de los problemas actuales. Así puede suceder que el paciente tenga reacciones o sentimientos positivos (y negativos) hacia el analista que no tengan que ver con las características reales de él o de su conducta, sino que reflejan el modo como el paciente se relacionaba con las personas importantes de su pasado.

Este supuesto se basa en la idea de Freud de que el factor tiempo no existe en el inconsciente. Los conflictos inconscientes aún más tempranos siempre estarán activos (a menos que se logre traerlos a la conciencia y trabajar con ellos), independientemente del tiempo que transcurra pues se harán presentes de mil maneras problemáticas incluyendo relaciones interpersonales problemáticas.

En teoría, cuando menos, los factores inconscientes podrán matizar las interacciones del paciente con cualquiera que evoque sus conflictos infantiles, pero el terapeuta es un candidato casi seguro. Existen varias razones para esto. Por una parte, el analista se encuentra en una posición de alto status y poder en relación con el paciente que acude a él en un momento de dificultad. Esto hace que se identifique al terapeuta como *autoridad* e inmediatamente surjan imágenes de la figura materna o paterna. Estas imágenes son más intensas porque el terapeuta generalmente ofrece una *actitud de interés*. Él está allí para ayudar, no importa cuál sea la naturaleza de los problemas. Es fácil que el paciente asocie esta actitud con los atributos reales o deseados de sus padres. Es más, el terapeuta trata de no juzgar y de aceptar con ecuanimidad todo lo que el paciente revela de sí mismo. Esto engendra sentimientos de seguridad y confianza que son a su vez remembranzas reales o fantasías acerca de los padres o de otras personas significativas de su pasado. Finalmente, ya que el analista tradicionalmente conserva el "incógnito analítico" revelando poco o nada de sí mismo, se convierte en una especie de pantalla (semejante a la tarjeta en blanco del TAT) donde el paciente proyecta todo tipo de atributos, características y motivaciones.

Esto significa que el paciente puede ver al terapeuta como un padre cariñoso o también como si fuera el padre vengativo, la madre seductora, el rival odiado, un amante celoso o cualquier sin fin de figuras. El contenido específico de la proyección depende en gran medida de la naturaleza específica de las dificultades inconscientes del paciente. Cuando la relación entre paciente y terapeuta toma la forma de una "nueva versión" o una versión en miniatura de los problemas del paciente, entonces se designa a esta fase como la *neurosis de transferencia* y se constituye en el foco mismo del trabajo analítico.

La aparición de la transferencia y de la neurosis de transferencia fue observada por Freud en las primeras épocas de su trabajo. . . Solía tomar en sus pacientes femeninas la forma de amor erótico o de fantasías sobre él. Concluyó que estas mujeres de hecho estaban expresando sus deseos infantiles acerca de sus padres a quienes él representaba simbólicamente.

Esta aparente reproducción de los conflictos tempranos inconscientes no sólo es fascinante desde el punto de vista teórico sino que tiene sus aspectos prácticos. El analista puede trabajar con los problemas importantes del pasado conforme se suceden en el presente durante la transferencia. Por esa razón el terapeuta centra su atención más bien en lo que ocurre en la sesión misma de terapia que en lo que sucede entre sesión y sesión.

Tal como ocurrió con la resistencia, la transferencia y la neurosis de transferencia se muestran en múltiples formas. Una vez más, sólo podemos describir unos cuantos ejemplos. Entre los más obvios es la aparición de la *dependencia* para con el terapeuta. El paciente puede llegar con anticipación a cada sesión,[5] mostrar disgusto por su terminación, solicitar telefónicamente consejo y ayuda a toda hora del día o de la noche, fabricar exigencias, o llegar a extremos en un esfuerzo de agradar al analista. Como observó Freud, es frecuente que surjan intensos sentimientos de amor que pueden alcanzar proporciones dramáticas. Algunos pacientes se involucran a tal grado en sus fantasías amorosas respecto al analista que ya nada más les interesa. Cuando el terapeuta no corresponde puede surgir la decepción y el coraje. El paciente puede caer en depresión e incluso simular un intento de suicidio.

Intensos sentimientos *negativos* hacia el terapeuta también reflejan la transferencia. Posiblemente el paciente en algún momento de su terapia decida que el analista es incompetente (y a la vez estúpido). Aunque estos sentimientos no se externen directamente o en ocasiones repetidas, el paciente posiblemente no suspenda su tratamiento. Para el terapeuta, esto no quiere decir que el paciente es un cliente inconforme sino que está empleando la relación entre ambos para expresar sentimientos que van dirigidos realmente a uno de sus padres o a otra persona significativa. La transferencia negativa puede también aparecer en forma menos directa y más infantil. Fine (1971) nos habla de un paciente que logró molestar con gran éxito al analista habiéndole por teléfono de quince a veinte veces por hora, a veces anunciándose como Cristóbal Colón.

La transferencia y las neurosis de transferencia deben ser manejadas con cuidado. El analista no se limita a reaccionar ante ellos sino que pretende *comprender el significado* de los sentimientos negativos y positivos. Si el analista reconociera "normalmente" a una declaración de amor o a un ataque verbal, el paciente probablemente no aprendería mucho y podría sobrevenir una suspensión prematura de la terapia. La estrategia es mantener viva y visible la transferencia sin forzar al paciente a abandonar el análisis. Si esto se logra, el material inconsciente involucrado se puede volver consciente y podra ser manejado. Cuando todas estas metas se logran, el análisis del paciente se considera terminado.

A propósito, vale la pena señalar que el análisis y la resolución de la transferencia suelen tomar mucho más tiempo que el análisis y la resolución de un síntoma específico. Así que, aunque el tratamiento puede ser iniciado por una queja específica (por ejemplo, una crisis de ansiedad) es probable que continúe

[5]En plan de broma se ha dicho que con el análisis lleva las de perder. Si llegas a tu cita temprano eres dependiente, si llegas tarde, demuestras resistencia, y si llegas a tiempo justo eres compulsivo.

aún después de la desaparición del problema ya que se considera que las verdaderas dificultades se revelaron a través de la transferencia.

Interpretaciones analíticas

Hasta aquí hemos dado un bosquejo de las principales *fuentes* del material inconsciente y de las técnicas psicoanalíticas empleadas para sondearlos. También hemos visto que el verdadero significado de los sueños, las asociaciones, los chistes, los patrones de conducta cotidiana, los obstáculos al tratamiento y por último la transferencia, no se hacen comprensibles al paciente debido a los mecanismos de defensa. Es más, el paciente es el último en comprenderlo simplemente por ser quien inconscientemente no los quiere comprender.

El analista, al contrario, sí está en condiciones para formular hipótesis respecto a los factores inconscientes que determinan la conducta. El analista está entrenado para buscar significados ocultos y ya que es idealmente un observador no involucrado y objetivo, y se piensa que resulta más fácil para él detectar el significado posible de la conducta verbal y no verbal del paciente, le resulta más fácil. El problema, obviamente, consiste en lograr que el paciente vea y acepte cosas desagradables pero a la vez no apesadumbrarlo con material que aun no puede manejar. Aqui es donde la *interpretación analítica* interviene. Por medio de preguntas y comentarios acerca de la conducta verbal y no verbal, las asociaciones libres, los sueños, etc., el analista pretende dar una guía y orientación a la autoexploración del paciente. En el momento en que el paciente resiste o se defiende, o cuando no es capaz (o ¿no quiere?) ver el posible significado de algún hecho, el terapeuta trata de señalar el hecho y a veces ofrece un nuevo punto de vista.

Idealmente, las interpretaciones del analista no son simples declaraciones de como él ve los problemas del paciente. Después de todo, el analista pudiera estar equivocado. El proceso interpretativo es algo más de ensayo y es continuo; es una manera de instigar al paciente a considerar alternativas, rechazar las explicaciones "obvias" y buscar significados más profundos. Como dice Munroe (1955, p. 307): "El *comentario interpretativo* del analista es el punto central del procedimiento terapéutico." En otras palabras, son las interpretaciones las que mueven el análisis al promover la comprensión y la elaboración de esos insinght. Sin estas interpretaciones, el paciente quizá nunca progresaría.

Es demasiado fácil deducir de las películas y de otros elementos que proporcionan lugares comunes culturales que cualquier significado del material inconsciente se le interpreta al paciente tan pronto como el analista capta su significado. En la película de Lee J. Cobb, mencionada en el Capítulo 4, el analista cautivo comprende de inmediato los síntomas del paciente criminal gracias al análisis de un sueño, da su interpretación y resuelve su problema. Este cuadro tan alejado de la realidad ignora por lo menos tres factores: (1) el material emergente en una sesión de análisis no es tan fácil de interpretar, (2) no todo el material es de igual importancia (3) el paciente quizá no esté preparado para aceptar una explicación llana y simple suponiendo que el analista ya la pueda ofrecer. Así pues, el terapeuta enfrenta tres dudas esenciales al realizar su delicada y difícil tarea: la de ofrecer interpretaciones válidas y útiles: ¿Qué querrá significar tal o cual sueño (o

asociación o respuesta)? ¿Tiene relación con material inconsciente nuevo e importante? ¿Es el momento adecuado para comunicárselo al paciente?

Una pregunta o comentario en el momento adecuado puede proporcionar un paso adelante, puede ". . .remover algo en alguna forma dentro del paciente". Puede traer su personalidad entera al consultorio y lograr allí mismo una especie de re-educación "emocional" al instante (Munroe, 1955; p. 307). La palabra "emocional" es importante aquí porque se supone que, cuando la interpretación es atinada, relevante y oportuna se despertarán en el paciente *sentimientos* positivos (o negativos) que podrán promover mayor comprensión. Por otra parte, la mayoría de los analistas consideran que la interpretación acertada puede provocar *demasiada* emoción (o nuevas defensas fortalecidas) si se proporciona antes de que el individuo la pueda incorporar constructivamente.

El terapeuta no se conforma con una brillante interpretación de algún sueño ("Creo que el triturador de basura representa tu deseo inconsciente de destruir a tu madre") si ésta provoca que el paciente se salga indignado del consultorio o sugiere que el analista requiere unas buenas vacaciones. Como regla general, tenemos que el mejor momento para ofrecer la interpretación es cuando el paciente está a punto de estar consciente de algo importante pero aún no puede verbalizarlo. Idealmente, ". . .uno comunica al paciente aquello que está *a punto de* captar y se lo comunica en forma tal que el paciente siente haberlo descubierto por cuenta propia" (Menninger, 1958; p. 134). En pocas palabras, el terapeuta trata de decir lo adecuado en el momento justo. Cuando lo logra, la interpretación analítica se vuelve una herramienta que ha sido comparada con el bisturí del cirujano (Munroe, 1955).

Las interpretaciones del analista pueden reflejar hipótesis algo estrechas acerca de las relaciones específicas (como las inferencias de bajo nivel mencionadas en el Capítulo 4) o pueden involucrar conceptos mucho más amplios (como los asociados con inferencias de alto nivel). Algunas interpretaciones se hacen clara y directamente, sobre todo cuando se considera que el paciente está preparado para una presentación llana, mientras que en otros casos el analista se limita a insinuar su hipótesis para que el paciente la pueda incorporar poco a poco. A continuación presentamos varios casos de interpretaciones analíticas.

Interpretación de la resistencia Hemos dicho que la primera tarea del analista (aparte de establecer una buena relación de trabajo) es la que intenta identificar y superar la resistencia al proceso analítico. El paciente puede cobrar conciencia de sus estrategias y tácticas de resistencia de varias maneras.

Paciente: He estado pensando; hemos pasado ya cinco sesiones juntos y no hemos llegado a absolutamente nada. ¿Cuánto tiempo me llevará empezar a ver algún cambio?

(Si el analista estuviera seguro que esto era una táctica de resistencia y que debe confrontar al paciente ha de proporcionarle una interpretación directa y específica):

Terapeuta: No puedo responder a tu pregunta, pero me parece que al hacerla podrías estar evadiendo hablar de cosas importantes.

Una interpretación menos directa pudiera ser:

Terapeuta: No te puedo responder, pero yo me pregunto, ¿por qué lo preguntas?

En este caso, probablemente le llevará más tiempo al paciente reconocer el aspecto defensivo de su pregunta, pero será menos abrupto el insight.

Cuando el analista haya tenido más tiempo para observar los patrones de resistencia puede que se atreva a una interpretación más elaborada.

Paciente: Siento haber llegado tarde doctor, pero justo en el momento de salir de mi casa recibí una llamada de larga distancia de mi cuñado. Me dijo que mi hermana se había enfermado de nuevo y quería saber si podría ayudarles con algo de dinero para los gastos médicos. Le dije que "sí" pero no sé cómo podré hacerlo si sigo viniendo con usted. A veces todo se me junta.

Terapeuta: Sabes, en la última sesión comenzamos a ver que no todos tus sentimientos hacia tus padres fueron positivos. Creo que estamos llegando a algo importante en esa área. Hoy comienzas diciendo que sin culpa tuya puede que no podrás seguir la terapia. Esto parece ser un patrón recurrente tanto aquí como en tu niñez. Cada vez que te sientas amenazada con lo que estás aprendiendo de ti **misma,** ocurre alguna calamidad que te distrae. Así también evitaste problemas cuando niña. Cuando tus padres se enojaban contigo por irresponsable siempre les demostraste que alguien más no te permitía cumplir. ¿Has pensado en esto?

En aquellos casos en que el paciente ya tiene cierta comprensión de sus maniobras defensivas, un comentario interpretativo puede ayudar a llegar a una comprensión más profunda.

Terapeuta: Para mí, tu fracaso en recordar últimamente tus sueños no es más que otra manifestación de tu táctica de "Yo no puedo porque. . ." Descubriste que eso es lo que haces con tu marido cuando no quieres hacer aquello que él quiere que hagas y haces lo mismo aquí.

Interpretación de otros resultados analíticos Vimos anteriormente que los sueños nos ofrecen la materia prima para las interpretaciones analíticas. El ejemplo del sueño de la "silla de ruedas" demostró cómo un analista puede con mucha suavidad llevar a su paciente hacia la comprensión del material latente. En otras circunstancias, la interpretación pudo haber sido más directa (por ejemplo: "Creo que tu rabia contra tu padre sale con mucha fuerza en este sueño").

Aquí hay dos ejemplos más de interpretaciones basados en varios resultados analíticos:

> Sabes, es muy interesante que cada vez que dices algo un poco molesto a alguien le sonríes. Después de que has sido un poco agresivo, te vuelves muy amable y aquí me he dado cuenta de lo mismo. Me pregunto si cuando estabas con tu padre descubriste que la única manera de evitar su hostilidad era volverte sociable, amable de una manera sonriente y pasiva. . . (Barton, 1974; p. 33).
>
> Es interesante que la mayoría de los chistes que tú cuentas es a costa de gente deforme o de alguna manera inválida. Me pregunto qué significa esto. Me pregunto si al atacar las debilidades ajenas estás negando tus propias debilidades.

Interpretación de la transferencia Ya que se considera a la transferencia como ligada a los conflictos intrapsíquicos tempranos, las características de la transferencia son los objetivos básicos de la interpretación analítica. Después de observar el desarrollo de la dependencia en el paciente, el analista puede que diga: "Noto que sueles contarme cómo tratabas con tus padres cuando eras niño. Parece que quieres que te proteja y te ayude con los problemas que enfrentas." La misma interpretación pudiera ser expresada en términos menos obvios. "Me da la idea que en alguna forma te gustaría que automáticamente te resolviera todos tus problemas, y me pregunto si alguna vez te has sentido así con alguna otra persona."

Frecuentemente, una interpretación atinada de la transferencia a una reacción negativa de parte del paciente. Esta reacción en sí debe ser interpretada. Por ejemplo.

Paciente: Voy a confesar algo. Sé que nunca hubiera soportado estos últimos dos meses sin tu ayuda. Te quiero.

Terapeuta: Si examinamos por qué sientes eso por mí quizá descubramos quien represento yo para ti cuando te doy apoyo psicológico.

Paciente: ¡Por Dios! ¿No puedes responder como un ser humano a mi halago? ¿Qué clase de persona eres? Estaba tratando de decirte cómo me siento acerca de *ti:* no estaba hablando de mi persona. ¿No puedes bajar de tu trono analítico ni por un momento?

Terapeuta: Has expresado amor por mí. Esto ha sido difícil para ti. Es importante comprender por qué ya lo puedes hacer conmigo ya que antes no hubiera sido posible que lo hicieras. También es importante para nosotros comprender por qué te enojaste tanto ahora cuando no respondí como tú deseabas.

Un intercambio de este tipo tiende a llevar a una exploración de la capacidad o incapacidad del paciente para expresar sentimientos de ternura hacia otros, sobre todo hacia sus padres, y quizá desenmascare una necesidad profunda de ser confirmado en su autoestima. En el proceso, el paciente quizá descubra que el amor no correspondido no implica necesariamente falta de valor propio. Quizá le resulta claro que sus padres simplemente carecían de la capacidad de ser cariñosos y que nada que hubiera hecho cuando niño podría haber alterado esta situación. La comprensión de este asunto puede ser elaborada en sesiones posteriores conforme el paciente y su analista repetidamente confronten las interpretaciones de la transferencia.

Con la ayuda de las interpretaciones, el paciente es llevado a comprender y trabajar con todos los aspectos de la transferencia. Conforme pasan los meses y los años de tratamiento, el proceso acaba por llevar a un cambio en la relación paciente/terapeuta. El paciente no solamente ve cómo sus defensas y sus conflictos inconscientes generaban problemas; sino que aprende a manejar de manera diferente su mundo, comenzando por su terapeuta. El paciente comprende que las fuerzas del pasado ya no tienen que dictar la conducta actual. El analista no es el padre del paciente ni tampoco lo es su pareja ni su jefe. Idealmente este entendimiento teórico y emocional dejará al paciente libre para enfrentarse a la vida de manera más racional, realista y satisfactoria.

Por desgracia, nuestro bosquejo de las técnicas psicoanalíticas no es más que eso, un bosquejo. Se han omitido muchos detalles y simplificado otros. Un tratado mucho más completo de esta escuela se halla en Munroe (1955), Greenson (1967), Menninger (1958), Kernberg (1976), Fenichel (1941) y, claro está, Freud (por ejemplo, 1949). Casos clínicos muy extensos podrán verse en Barton (1974), Fine (1973) y Greenwald (1959).

Aplicaciones

En su forma clásica, el psicoanálisis se emplea en una relación de uno a uno, con adultos "neuróticos" por un periodo de varios años. Vemos más adelante que la aplicación clásica ha sido modificada de varias maneras para acortar el tiempo y para volverla aplicable en grupos o en familia y con pacientes de menor edad pero típicamente el que recibe análisis es un adulto relativamente inteligente y sotisficado que dispone del tiempo y de dinero suficiente para embarcarse en tal aventura intelectual y emocional.

Así que un "buen" prospecto de paciente para el análisis tiene que estar motivado para buscar ayuda y estar dispuesto a trabajar para resolver sus problemas. Debe ser capaz de seguir la "regla fundamental" de la asociación libre y de establecer una relación interpersonal con el terapeuta. Además, el paciente ha de ser capaz de pensar lógicamente acerca del mundo, incluyendo su propia conducta y deberá mantener su contacto con la realidad. Finalmente, el paciente ha de poseer suficiente valor para dedicarse a solucionar y aceptar el hecho de sus problemas mentales (Ford y Urban, 1963). Estos requerimientos excluyen, por ende, el empleo del análisis ortodoxo con personas llamadas "psicóticos". La intensidad y la severidad de sus problemas de conducta suelen llevar a este tipo de pacientes a ser internados en hospitales u otras instituciones y rara vez demuestran tener las respuestas y el esfuerzo necesario para el trabajo analítico.

El tipo de problemas tratados con mayor frecuencia eri el psicoanálisis son los problemas que implican ansiedad, culpa, depresión y relaciones interpersonales inadecuadas. Una muestra breve de estos problemas abarcaría los desórdenes de tipo histérico, las desorientaciones sexuales, las fobias, la ansiedad general, la disfunción sexual (por ejemplo, la impotencia, la frigidez), la agresividad inadecuada, la excesiva timidez, las relaciones sociales no satisfactorias, la incapacidad productiva, el insomnio y los conflictos maritales.

VARIANTES DEL PSICOANÁLISIS

Como todos los grandes pensadores, Sigmund Freud atrajo muchos seguidores, tanto durante su vida como después de su muerte. Algunos de ellos quisieron conservar sus ideas y técnicas en su forma original, mientras que otros postulaban desde pequeños cambios hasta el rechazo total de algunos de sus preceptos fundamentales. Estos cambios no sólo ofrecían alternativas a la teoría analítica (como se dijo en el Capítulo 3) sino que sugerían un panorama más amplio de técnicas que los aceptados por la escuela ortodoxa freudiana. En esta sección veremos al-

gunas de estas innovaciones, comenzando con aquellos que menos se apartan del modelo original para después tratar los que implican un cambio mas radical.

Terapia de orientación psicoanalítica

Muchos terapeutas emplean procedimientos psicoanalíticos de una manera que se desligan de la orientación establecida originalmente por Freud. Aunque algunas de estas personas se ven a sí mismos como psicoanalistas, los freudianos tradicionales prefieren a su trabajo como *terapia de orientación psicoanalítica.* Esta designación abarca varios procedimientos analíticos no ortodoxos, pero se asocia más estrechamente con la escuela desarrollada por Franz Alexander y algunos de sus colegas durante los años treinta y cuarenta en el Chicago Psychoanalytic Institute. La filosofía del "Grupo de Chicago" ha sido expuesta en varios libros bien conocidos (por ejemplo, Alexander y French 1964, Alexander, 1956, 1963). Veremos los aspectos más notables de su punto de vista, que surgieron de las dudas acerca de la importancia de algunas prácticas terapéuticas tradicionales. Por ejemplo, Alexander y sus colegas cuestionaban la idea de que la terapia debía ser intensa, durar mucho tiempo y ser muy semejante en todos los casos. También buscaron la manera de hacer accesible el psicoanálisis a dos grupos que hasta ahora habían sido excluidos de antemano: los jóvenes y los gravemente enfermos.

Alexander (1963, p. 273) resumía su punto de vista así: "Los principios psicoanalíticos se prestan al uso de diversos procedimientos que varían de acuerdo con la naturaleza del caso y que pueden ser aplicados de diferentes maneras durante la terapia de una misma persona." Esta flexibilidad se hace patente en muchos aspectos de la terapia de orientación psicoanalítica. Para comenzar, no todos los pacientes se ven como tradicionalmente se hacía, durante los cinco días de la semana. Se considera que, aunque para algunos pacientes sea benéfico un esfuerzo tan intenso, para otros puede no serlo. La sesión diaria puede generar demasiada dependencia o puede volverse tan rutinaria que el paciente le dé poca importancia.

Por otra parte, al reducir la frecuencia de las sesiones, el paciente tiene más tiempo para reflexionar sobre lo sucedido en cada sesión y poner a prueba, en la vida real, aquello que aprende sobre sí mismo. Es más, la involucración emocional del paciente en cada sesión puede ser mayor si las sesiones son más espaciadas. Y, como el costo total del tratamiento se reduce, esta versión menos intensa de psicoanálisis resulta más atrativa para aquellas personas de medios económicos reducidos. En un tratamiento dado, la frecuencia de las sesiones puede variar según lo pidan las circunstancias. Al comienzo puede ser necesario ver al paciente diariamente. Más adelante, las sesiones pueden ser más espaciadas, o la frecuencia puede seguir otros patrones. Alexander llegó incluso a sugerir que interrumpir temporalmente el tratamiento pudiera ser benéfico para comprobar la capacidad del paciente para vivir sin terapia y reducir su dependencia del terapeuta. Alexander y French (1946) dice que su forma de psicoanálisis puede ser complementada en 65 sesiones a lo largo de año y medio; aun cuando en muchos casos se requiere aún menos tiempo.

Otra manera en que la terapia de orientación psicoanalítica muestra su flexibilidad es en su plan de tratamiento. El análisis tradicional es generalmente prolongado debido a la idea de que es necesario explorar y manejar completamente la resistencia, los insights y la transferencia. Alexander sugirió que no todos los pacientes requieren una atención tan extensiva y que muchos pueden aprovechar mejor una terapia más breve. Aquellas personas con problemas no tan severos y que se encuentran relativamente bien adaptadas salvo por una dificultad específica, o aquellas personas que están *más* trastornadas, que el paciente que es buen candidato para el psicoanálisis, se consideran como candidatos a una terapia menos extensiva con la finalidad de lograr una terapia de *apoyo* más bien que toda una reconstrucción y un descubrimiento asociados con un psicoanálisis formal.

Alexander también da gran importancia a la generación de *experiencias emocionales correctivas* dentro de la terapia y no da importancia sólo al insight. La idea aquí es de ayudar a que el paciente no sólo vea que los antiguos conflictos no tienen porque seguir dominando su vida, sino que se utiliza la transferencia para que resuelva los viejos conflictos de forma más provechosa. Experimentar de nuevo los viejos conflictos pero ahora *con un nuevo desenlace* es el secreto de cualquier resultado terapéutico efectivo. . ." (Alexander y French, 1946; p. 338).

Para ayudar a promover experiencias emocionales correctivas el analista puede intentar *controlar* el carácter de la transferencia. Se puede permitir que surja una neurosis de transferencia o, si su aparición no fuera útil, se puede intentar evitarla. Este control se ejerce en varias formas como por ejemplo evitar los comentarios que pudieron propiciar reacciones infantiles de transferencia. El terapeuta puede alterar intencionalmente la *contratransferencia.* Si "x" sentimientos hacia el paciente ayudan a promover una experiencia emocional correctiva se expresarán directamente; si no, el terapeuta ". . .reemplazará sus reacciones espontáneas de contratransferencia con actitudes planeadas conscientemente. . ., de acuerdo con las exigencias dinámicas de la situación terapéutica" (Alexander, 1956, p. 93). En otras palabras, en esta versión psicoanalítica, la transferencia no sólo se analiza sino que puede ser manipulada; la contratransferencia no sólo es una reacción espontánea que deberá comprender el analista gracias a su propio análisis sino que puede ser convertido en una herramienta de terapia.

Una regla básica en el análisis freudiano es que el paciente no deberá tomar decisiones existenciales mientras esté en terapia. Esta regla pretende evitar la toma de decisiones equivocadas dictadas por impulsos negativos, o una comprensión falsa o incompleta, defensas neuróticas, u otros factores. En cambio, el terapeuta de orientación analítica quizá fomente aquellos cambios en la vida del paciente que entre los dos consideren positivos o sensatos. Esto se debe a la idea de que la relación terapéutica es algo más que el simple contexto para la autoexploración; es también el lugar para ensayar las ideas de mejoramiento personal que han de ser sometidas a la prueba en la vida real. Estos cambios a veces implican la manipulación del medio ambiente del paciente y se suelen promover personalmente por el terapeuta. Un paciente cuyo estado depresivo se debe en parte a que su trabajo es poco gratificante puede ser inducido a buscar una mejor posición.

En este caso, el terapeuta sin lugar a dudas ejerce una función de guía mucho más activa y directa que en el análisis ortodoxo.

En diversos momentos de la terapia, analistas de orientación psicoanalítica emplean otras técnicas no ortodoxas como las que siguen:

1. El paciente puede estar sentado de frente al terapeuta, y no colocado en el diván.
2. Una conversación normal puede sustituir la asociación libre.
3. Se podrán emplear drogas o hipnosis para inducir la autoexploración.
4. Se concentra en los problemas actuales y en sus posibles soluciones. Los conflic tos de la niñez son tratados primordialmente para demostrar que no hay necesi dad alguna de que persistan.
5. Quizá se consulte (o incluso se ofrezca tratar) a la familia del paciente como una parte del esfuerzo global de ayudar al paciente. De allí pudiera resultar un grupo de terapia familiar.
6. Como una fuente más de material para análisis, se recurre a comunicaciones no verbales incluyendo juego (para niños), creación artística u otras actividades de ocio.

Los analistas del ego

Los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica aceptan la mayoría de los postulados freudianos, pero cuestionan sus procedimientos. Otro grupo de analistas aún más independientes, los llamados *analistas del ego,* se alejan todavía más de la vereda freudiana, sosteniendo que la preocupación freudiana con los instintos agresivos y los instintos sexuales, como base de toda conducta, es demasiado estrecha. A continuación presentamos en forma condensada el resumen de Wolberg (1967) de la postura ego-analítica o análisis del yo:

1. La conducta está determinada por fuerzas diferentes a los instintos; aquí se inclu yen aquellas respuestas comprendidas en el concepto del ego.
2. El ego tiene su propia autonomía, separada tanto del instinto (id) como de la rea lidad.
3. El ego propicia impulsos de dominio del medio ambiente y de aprendizaje adaptativo que son diferentes de los instintos sexuales y de agresión.
4. La sexualidad de la mujer es igual y no inferior a la del hombre.
5. La topografía clásica (el id, el ego, y el superego) no explica la estructura del apa rato psíquico.
6. La terapia va más allá de la exploración y resolución de experiencias tempranas. La terapia es una experiencia de relación que contiene potencial de crecimiento positivo que tenderá a poner la personalidad del paciente "al corriente" con su si tuación actual (actualización del ego).
7. La actividad y la flexibilidad son esenciales para la terapia.
8. Se justifica el optimismo más que el pesimismo en cuanto al potencial humano para la creatividad y para el amor.

[6]Debe citarse que a pesar de sus restricciones teóricas, de hecho, el analista ortodoxo da consejo (Munroe, 1955, Strupp, 1972).

Estos postulados llevaron a los analistas del yo a "explorar la complejidad de la conducta que desarrolla cada ser humano y con la cual *dirige su propia actividad y se relaciona constructivamente con su medio".* (Ford y Urban, 1963; p. 181; las cursivas son del autor). Nótese que aquí se supone que la persona es capaz de emplear las funciones del ego para controlar su conducta y organizar la misma tanto en forma positiva como negativa. Este concepto más optimista del ser humano tiene mucho en común con el punto de vista fenomenológico (véanse Cap. 3 y 11). Condujo a analistas tales como Heinz Hartmann (1958), David Rapaport (1951) Melanie Klein (1960), Anna, la propia hija de Freud (1946) y Erik Erikson (1946) a emplear técnicas de terapia analítica para explorar las funciones adaptativas del ego tanto como los instintos básicos del id. Para tener más información sobre la teoría y práctica del análisis del ego se puede consultar a Munroe (1955), Ford y Urban (1963), Kohut (1971), o Guntrip (1973).

La terapia de orientación psicoanalítica y el análisis del ego se caracterizan en primer lugar por la *revisión* de los conceptos y técnicas de Freud, mas no por el rechazo total de ellos. Sin embargo, ha habido muchos otros terapeutas que se han alejado más de Freud. Estos conservan su orientación psicodinámica pero restan importancia en diversos grados a su teoría del instinto, la sexualidad infantil y la determinación inconsciente de la conducta. Las diversas técnicas de terapia desarrolladas por ellos serán tratadas a continuación.

Psicología individual de Alfred Adler

Alfred Adler fue uno de los primeros seguidores de Freud y también fue el primero en abandonar formalmente el psicoanálisis ortodoxo. Las razones de su separación y la teoría alternativa que Adler formuló están resumidas en el Capítulo 3.

Puesto que Adler mantuvo que los estilos de vida problemáticos surgen de *conceptos erróneos,* su enfoque para la terapia gira alrededor de la exploración y la modificación de ellos mismos. Un terapeuta clásico freudiano podría ver, por ejemplo, que el estudiante que vomita todos los días antes de llegar a la escuela está manifestando alguna clase de defensa, pero el analista adleriano quizá diría que el problema reflejaba demasiada tensión, producida por algún concepto erróneo (por ejemplo: "Debo ser el mejor de todos" o "Los maestros me quieren poner en ridículo") en el cual el estudiante se fundamenta para edificar todo un estilo de vida (Munroe, 1955). En la terapia analítica de Freud, el vomitar en sí puede ser investigado por medio de la asociación libre o con otros medios para comprender su función de defensa y para hallar aquellos impulsos que se quieren reprimir. En la psicología individual de Adler el síntoma sería discutido como un ejemplo más de los conceptos erróneos del paciente y por ende su estilo erróneo de ver la vida. En seguida se ayudaría al paciente a formular nuevas actitudes más adecuadas y se le impulsaría a iniciar conscientemente el cambio hacia lo que Adler llama *los intereses sociales, el valor y el sentido común* (por ejemplo, Adler, 1963).

Mosak y Dreikurs (1973) han resumido de la siguiente manera las metas de la terapia adleriana.

1. Establecer y sostener una buena relación terapéutica (esto es, en términos freudianos: la alianza terapéutica).

2. Descubrir el estilo de vida del paciente incluyendo sus metas para ver cómo afec tan su vida diaria.
3. Ofrecer interpretaciones que llevan al paciente a una comprensión de su estilo de vida y de sus alcances.
4. Reorientar al paciente en sus actitudes para que éstas se constituyan en un apoyo para adoptar pautar más satisfactorias y para que su insight pueda ser llevado a la práctica en formas constructivas.

Técnicas de la terapia adleriana

Relación del paciente con el terapeuta Generalmente, los adlerianos no emplean el diván. Su meta es crear una relación de cooperación entre iguales en un medio ambiente de trabajo. Por lo tanto, el paciente y el terapeuta normalmente se colocan de cara a cara en sillas semejantes. Los sentimientos y las reacciones comunicadas al terapeuta (transferencia) no se toman como un reflejo de conflictos inconscientes de la niñez, sino que son interpretados como la manera habitual del paciente de responder a las personas *parecidas* al terapeuta. "El paciente. . . espera del terapeuta el tipo de respuestas que él se ha acostumbrado a esperar de la gente o de cierta gente" (Mosak y Dreikurs, 1973; p. 55).

El terapeuta busca las pistas del estilo de vida del paciente que se revelan dentro de los *argumentos* y de las trampas y juegos que el paciente emplea a lo largo de la terapia. Generalmente, se espera que el terapeuta desempeñe un determinado papel. Por ejemplo, el paciente puede que adopte continuamente el papel del "pobrecito" con lo que consciente o inconscientemente espera despertar en el terapeuta las respuestas correspondientes de apoyo y aceptación. Posiblemente ésta sea la manera típica del paciente de conseguir amor y atención.

Manejo de la resistencia Igual que con la transferencia, los adlerianos ven la resistencia como un ejemplo de la manera habitual en que el paciente se conduce, en este caso la manera de evitar un material desagradable. Además, la resistencia puede demostrar que el paciente y el terapeuta tienen *metas* diferentes. La meta del terapeuta es la de investigar las pautas de vida y sus conceptos erróneos, pero debido a que conservar estos conceptos proporciona cierto sentimiento de seguridad, el paciente puede emplear costumbres o actitudes inadecuadas para proteger la sobrevivencia de sus errores. Cuando la meta del paciente es conservar el status que de esta manera, la apariencia será de resistencia (es decir, "no comprendo de qué hablas. . ." "Estoy demasiado alterado para hablar ahora de esto"). El terapeuta puede manejar tal resistencia no sólo interpretando su significado sino también señalando la discrepancia entre las metas de ambos (paciente y terapeuta). Esto puede dar lugar a una buena relación entre el paciente y el terapeuta.

Los sueños Como Freud, Adler creía que los sueños constituían una fuente importante de información para la terapia, pero los veía no como la realización de los deseos comprometidos con el pasado sino como un *ensayo* previo de cómo el paciente podría manejar sus problemas en el futuro. Los estados de ánimo crea-

dos en un sueño sirven para preparar los acontecimientos del día siguiente. "Si deseamos posponer una acción olvidamos el sueño. Si deseamos disuadirnos de determinada acción, nos asustamos con una pesadilla" (Mosak y Dreikurs, 1973; p. 58).

Adler también consideraba a los sueños como indicio del progreso de la terapia. Si, por ejemplo, el paciente reporta sueños breves de poca acción, esto pudiera indicar cierta pasividad ante sus problemas. Conforme avanza la terapia, y el paciente comienza a tomar un papel más activo en su propio estilo de vida, entonces también sus sueños deberán modificarse en el sentido de ser más activos (Dreikurs, 1944). Algunos adlerianos emplean las características de los sueños del paciente como guía respecto a cuando terminar la terapia (Rosenthal, 1959)

Investigación de los estilos de vida Además de tomar en cuenta los sueños, la resistencia, las características de la transferencia, la conducta no-verbal, algunos adlerianos (por ejemplo, Dreikurs, 1954) estudian el estilo de vida del paciente en forma sistemática. En este caso, el enfoque se centra en la familia del paciente y su posición dentro de ella, los recuerdos más tempranos que se puedan evocar (que se piensa reflejan el estilo de vida), las ideas erróneas básicas y los aciertos, y los aspectos positivos y cualidades del paciente. En el cuadro 9-2 se presenta el resumen de una investigación de este tipo.

Utilización de la interpretación Me mencionó anteriormente que en la terapia adleriana, la resistencia y la transferencia se manejan generalmente al *interpretarlas* como ejemplos del estilo de vida desadaptativa del paciente. Del mismo modo, la interpretación se emplea para fomentar la Insigth sobre el significado de los sueños relacionado con el estilo de vida del paciente, sus problemas, relaciones interpersonales y otras conductas. Mientras que Freud usaba la interpretación para lograr el Insight en las *causas pasadas* de los problemas actuales, Adler la empleaba para lograr un mayor Insight de la naturaleza y los fines del estilo *actual* de vida.

Adler no la emplea como bisturí sino más bien como espejo donde el paciente puede ver su estilo de confrontar la vida (Mosak y Dreikurs, 1973). Cuando esto se logra y el paciente ve lo que realmente hace, resulta mucho más difícil sostener las ideas y conductas erróneas. En contraste con el criterio freudiano, los adlerianos se cuidan poco de cómo expresan sus interpretaciones y de su oportunidad ("timing") ya que no consideran que el paciente es una persona demasiado delicada.

Consejo y **estimulación** Aunque Freud admitía que a los pacientes había que estimularles a realizar aquello que temían en el pasado, en general, el psicoanalista riguroso conserva una postura objetiva y distante. Los terapeutas de orientación psicoanalítica alteraron esta restricción en cierta medida, pero Adler la eliminó por completo. El terapeuta adleriano se compromete abiertamente a la hora de aconsejar y animar a su paciente. Mientras el paciente no se vuelva dependiente del consejo y estímulo del terapeuta, se considera que esto es una parte esencial del proceso para convertir la comprensión del paciente en acción.

Cuadro 9-2 Resumen de un estudio de estilo de vida

Resumen de la constelación familiar

Juan es el menor de dos hijos y el único hombre, huérfano de padre después de los nueve arlos. Su hermana destacaba tanto en casi todo que a muy temprana edad Juan se desanimó. Pensó que nunca sería famoso, y decidió por lo menos hacerse notar y de manera negativa logró llamar la atención. Adquirió la reputación de odioso y de niño terrible. Actuaría como le diera la gana y nadie lo detendría. Siguió las directrices de un padre fuerte y masculino de quien aprendió que: el más fuerte es el que gana. Ya que lograba notoriedad haciendo lo indebido, desde temprano se interesó en el sexo y tuvo relaciones sexuales. Esto también reforzaba su sentimiento de masculinidad. Ya que ambos padres estaban inválidos y sin embargo tuvieron éxito, Juan concluyó que. él estando totalmente sano no tendría obstáculo ninguno.

Resumen de los recuerdos tempranos

"Recorro la vida con miedo y aun cuando me dicen que no hay nada de que tener miedo, de todos modos lo tengo. Las mujeres no son amigas. A los hombres nos traicionan, nos castigan e Interfieren con lo que el hombre quiere hacer. Un hombre de verdad no deja que se aprovechen de él. Pero es difícil ganar porque siempre hay alguien que interfiere. Yo no voy a hacer lo que otros quieren. Esto les parece 'malo' y me quieren castigar por pensar así pero yo no lo veo así. Yo hago lo que quiero porque soy hombre y ¿por qué no han de dejarme ser hombre?"

"Errores básicos"

1 Exagera el significado de la verdadera masculinidad y lo iguala llevando a cabo lo que le place.
2 No se entiende bien con las mujeres. Ellas lo consideran "malo" y él simplemente considera que su conducta es natural para un hombre.
3 Está demasiado dispuesto a pelear, a veces simplemente para conservar su masculinidad y no por estar realmente interesado en el tema o los principios implicados en el pleito.
4 Ve a la mujer como el enemigo, aunque las busca para obtener cierta tranquilidad.
5 Como a Moisés, la victoria se le arrebata a última hora.

Aciertos

1 Es combativo. Cuando decide algo lo logra.
2 Resuelve problemas de una manera creativa.
3 Sabe lograr lo que quiere.
4 Sabe lograr que el mundo se ocupe de él.
5 Sabe manipular a las mujeres "por las buenas".

Fuente: Mosak, H.H. y Dreikurs. R. "Adlerian Psychoterapy" en RJ. Corsini (ed.) *Current Psychotherapies.* © 1973 por Peacock Publishers, 1973. Inc. llasca, Illinois, p. 57. (Reimpreso con permiso.)"

Por ejemplo, una vez que una paciente comprende que su dependencia exagerada de su marido forma parte de su pauta general para buscar protección (y controlar a los demás), entonces el terapeuta puede señalar varias alternativas para iniciar un cambio. En otros casos, es posible que el terapeuta ofrezca un consejo más directo (por ejemplo, "busque un trabajo de medio tiempo"), sobre todo si el paciente requiere un empujón para iniciar un estilo de vida más adaptativo.

Otros procedimientos terapéuticos Los adlerianos suelen recurrir a una variedad de técnicas con el fin de ayudar a sus pacientes a reconocer los aspectos problemáticos de su estilo de vida e impulsarlos a realizar cambios positivos. Muchas de estas técnicas son muy similares a las que emplean algunos proponentes de la terapia fenomenológica y la del aprendizaje social (véase los Cap. 10 y 11). Entre estos procedimientos encontramos:

1 El modelamiento De manera ideal, el terapeuta ejemplifica ciertos valores y actitudes y conductas que el paciente pudiera querer imitar. "El terapeuta adleriano se presenta a sí mismo como de carne y hueso, falible, indiferente a la cuestión sobre el prestigio capaz de reírse de sí mismo, valiente, cariñoso: un modelo de interés social" (Mosak y Dreikurs, 1973; p. 60).

2 Asignación de "tareas" A Adler le gustaba que sus pacientes se salieran a hacer cosas nuevas que contribuyeran al proceso terapéutico. Uno de sus métodos predilectos era el de "Pórtate como si". Cuando los pacientes externan el de seo de ser distintos a como son, el terapeuta puede pedirles que actúen (durante una semana, por ejemplo) *como* si de veras fueran lo que quisieran ser. Esto ayuda al paciente a concebir la posibilidad de cambio y comprender que con el tiempo el cambio pudiera ser permanente.

Al paciente se le puede pedir que se concentre y que *trate* de hacer precisamente aquello que quiere vencer en sí mismo. Al que padece de insomnio se le puede pedir que trate de permanecer despierto (sin acostarse) toda la noche. Al que siempre parece estar llorando pudiera intentar llorar constantemente. Al no emplear la pauta con la que combate estas conductas, el paciente suele ver que éstas desaparecen.

Al paciente se le pueden asignar también otros tipos de tareas. "A un hombre de cincuenta años de edad quien profesaba un deseo 'genuino' de casarse, pero a la vez rehuía a las mujeres, se le ordenó buscar diariamente aunque fuera un solo encuentro significativo, con una mujer (él elegiría la forma particular para llevarlo a cabo)." (Mosak y Dreikurs, 1973; p. 61; véase también el Cuadro 9-3).

3 Creación de imágenes Al paciente a veces se le da una imagen que resuma su estilo de vida personal. Luego, él puede utilizar esta imagen en un plan cotidiano como un recuerdo del estilo que trata de modificar. El "Super-man", el "Rey Mendigo", y la "Señorita Perfección" son algunos ejemplos de imágenes que se emplean en forma terapéutica.

4 La técnica de "apretar el botón" Cuando los pacientes se consideran a merced de sus emociones, el terapeuta puede ayudarles a aprender que esto es un concepto erróneo. Se le pide que cierre los ojos para reconstruir una experiencia desagradable de su pasado y fijarse en las emociones negativas que surgen. Luego se le pide que "oprima el botón" para recordar una experiencia pasada, pero esta vez grata. La aparición de emociones positivas y la posibilidad de cambiar de un estado de ánimo a otro le ayudan a demostrar el control que puede ejercer realmente sobre sus emociones.

Aplicaciones Es obvio que el procedimiento adleriano es adecuado para una terapia entre un paciente y su terapeuta con el tipo de pacientes que pudieron

ser objetos del psicoanálisis freudiano, pero su gran atractivo es que puede ser aplicado a otros tipos de pacientes en situaciones individuales, de grupo o familiares también. Debido a que Adler dio una importancia menor al contacto con la realidad y a la posibilidad de crear la relación de transferencia, pudo extender su trabajo a personas etiquetadas como psicóticas y también a criminales.

También trabajó Adler con individuos "normales" porque creía que era posible tener problemas a causa de conceptos erróneos y de pautas de vida desadaptativas, sin que esto implicara que se tratara de un paciente con un diagnóstico formal. Este críterío dio lugar al establecimiento de centros educativos en la comunidad con la meta *de prevenir* las conductas inadecuadas afreciendo a padres y maestros una buena información y guia en la formación del niño y en las relaciones familiares. Estos centros han proliferado en varías partes del mundo y en cierta manera constituyeron una anticipación del movimiento de psicología de la comunidad de los años 60 y 70 (véase el Cap. 12).

Otras terapias psicodinámicas

Contra el modelo freudiano de terapia han surgido tantas variaciones o rechazos que apenas hemos rozado la superficie con el estudio de la terapia de orientación psicoanalítica, el análisis del ego y el modelo de Adler. En el Cuadro 9-4 se presentan varios sistemas adicionales que existen hoy en día y nos dan una idea de la cantidad de variaciones actuales. El trabajo de muchos de los terapeutas y los teóricos incluidos en la tabla (por ejmplo, Stekel, Ferenczi, Reich, Federn) igualaba al "grupo Chicago" en su esfuerzo por extender el alcance de las técnicas, tipos de pacientes, lugares de terapia y tipos de problemas que pudieran asociarse con un tratamiento psicoanalítico. Otros (por ejemplo, Horney, Sullivan,

Cuadro 9-3 Un ejemplo de la asignación de tareas de Adler

Adler, con frecuencia, recurría a la asignación de una tarea como un medio para ayudar a las personas deprimidas. En el ejemplo que sigue nótese la combinación encantadora de buen humor y consejo práctico:

> "En cuanto al método indirecto de terapia, lo recomiendo especialmente en los casos de melancolía. Después de establecer una buena relación entre el paciente y terapeuta, sugiero que se planee el cambio de conducta en dos etapas. En la primera etapa le sugiero: "Haz únicamente aquello que te agrada." El paciente generalmente contesta: "Nada me agrada." "Entonces, cuando menos, no te esfuerces en hacer lo que te desagrada." El paciente, a quien por lo general ya se le ha pedido hacer varias cosas no muy de su gusto para remediar su situación, encuentra halagador y novedoso mi consejo y quizá mejora su conducta. Después, insinúo la segunda regla de conducta advirtiendo: "Es mucho más difícil y no sé si lo puedas llevar a cabo." Después de esto guardo silencio y miro con duda al paciente. De esta manera fomento su curiosidad y aseguro su atención. Después prosigo: "Si puedes cumplir esta segunda regla estarás bien en catorce dias. Se trata de esto: pensar de vez en cuando cómo puedes darle placer a otra persona. Muy pronto te ayudaría a dormir y se esfumarían todos tus pensamientos tristes. Te sentirías útil y valioso." "Recibo diversas respuestas a mi sugerencia, pero cada paciente considera que es demasiado difícil cumplirla. Si su respuesta es: "Cómo voy a dar placer a otro si no me lo doy a mí mismo?", le aligero la tarea diciendo: "Entonces para ti será de cuatro semanas." La respuesta más transparente a la pregunta: "¿Y quién me da a *mi* placer?" La contesto con lo que probablemente es el as de triunfo: "Quizá deberías entrenarte un poco así: no hagas nada de hecho para agradar a nadie, limítate a pensar en lo que *podrías* hacer."

Fromm) quisieron usar los propuestos básicos del psicoanálisis dentro del contexto de una terapia que diera mayor énfasis a los factores culturales y al ambiente interpersonal del paciente. Aun otros (Jung y Rank) siguieron los pasos de Adler al romper definitivamente con los principios freudianos y al proponer alternativas de terapia.

Estos sistemas psicodinámicos han contribuido a mantener a la terapia psicoanalítica y a otras terapias que utilizan procedimientos parecidos al corriente con los problemas clínicos y con las necesidades sociales actuales. Sin ellos, la aproximación psicodinámica al dolor humano quizá no hubiera conservado su lugar entre "los tres grandes" sistemas en la psicología clínica.

Otro punto importante acerca de estas variantes del psicoanálisis es que, como ya se dijo en este capítulo, muchas de ellas de hecho han abierto el terreno para ciertos procedimientos relacionados con los modelos del aprendizaje social y los fenomenológicos. Por ejemplo, cuando Otto Rank rompió con Freud, desarrolló un método terapéutico que quitó la importancia puesta en el inconsciente y la importancia de la exploración detallada del pasado. En cambio, Rank quiso recurrir para promover la independencia y la madurez al innato *deseo de salud* del paciente. Dentro de la terapia, Rank trató a sus pacientes como seres responsables (no cómo enfermos) y destacó la importancia de la relación terapéutica en

Cuadro 9-4 Modificaciones en la terapia psicoanalítica

I Sistemas alternos de psicoterapia analítica basados en diferencias teóricas o ideológicas del análisis clásico freudiano.
- 1 Los sistemas no freudianos:
  - **a** *La psicología inidividual* de Adler.
  - **b** *La psicología analítica* de Cari Jung.
  - **c** *La terapia de la voluntad de Otto Rank.*
- 2 Sistemas neofreudianos con énfasis cultural,
  - **a** El sistema *holístico* de Karen Horney.
  - **b** La escuela de *relaciones interpersonales* de Harry Stack Sullivan.
  - **c** La escuela *cultural* de Erich Fromm.

II Intentos de modernizar, acortar y acelerar el proceso analítico.
- **1** La terapia *analítica activa* de Stekel.
- **2** Los experimentos de Ferenczi con técnicas *activas.*
- **3** La escuela de Chicago de análisis *breve.*

III Extensiones del análisis clásico en otras direcciones.
- **1** El enfoque de objeto-relación de Guntrip, Winnicott, Fairbairn y la escuela británica.
- **2** Las ocho etapas del hombre de Ericson en su versión del desarrollo de la personalidad de Freud.
- **3** Análisis de carácter de Wilhelm Reich.
- **4** Kohut y su terapia de desórdenes narcisistas.;.

IV Modificaciones basadas en un nuevo énfasis en la psicología del ego.
- **1** Federn y su psicología del ego y la terapia de los linderos del ego.
- **2** Wolman- terapia psicoanalítica interaccional.

sí como una experiencia clave para el desarrollo. Concebía al terapeuta *como facilitador* del potencial de crecimiento inherente al ser humano y no como explorador despiadado del inconsciente. Estos conceptos dieron en parte la base sobre la que Cari Rogers habia de construir su terapia de orientación fenomenológica centrada en el cliente (véase el Capítulo 11).

De manera parecida, Harry Stack Sullivan (como Adler) practicaba su terapia de modo compatible con el actual enfoque del aprendizaje social (véase Wachtel, 1977). Ford y Urban (1963) ofrecen un bosquejo de la secuencia habitual de sucesos en la terapia de Sullivan (Cuadro 9-5) que muestra la aproximación sistemática y la atención especial a los patrones de conducta abierta que caracterizan las intervenciones clínicas de las terapias del aprendizaje.

EFICIENCIA Y OTROS PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN EN LA TERAPIA PSICODINÁMICA

Lo más probable es que cuando la mayoría de las personas piensan en psicoterapia imaginen al terapeuta con su pipa y al paciente en el diván. En el pasado esto fue un lugar común bastante adecuado, ya que, como hemos visto, la terapia psicodinámica era el primer intento sistemático de explorar y resolver los problemas psicológicos de la persona. Durante años dominó las intervenciones cliñicas y tuvo una influencia enorme en todas las ideas profesionales sobre qué es la terapia y cómo debe llevarse a cabo.

Hoy en día su popularidad y predominio han disminuido. En parte se debe a que su modelo teórico fundamental ha sido cuestionado por las alternativas que ofrecen la fenomenología y el aprendizaje social (véase el Cap. 3) y en parte porque, a pesar de sus revisiones modernas, aún resulta demasiado caro, largo e intelectual para ser usado con quien no sea de la clase media y tenga los problemas típicos de esta clase social (véase el Cap. 12). Además, los críticos también cuestionaban la eficiencia y los beneficios de la terapia psicodinámica.

Cuadro 9-5 Resumen de la secuencia terapéutica en la terapia de Sullivan

a La revisión inicial del problema.
b El reconocimiento de aquellas conductas relevantes respecto al problema.
c La toma de decisiones en cuanto al esquema general del problema y el curso que la terapia va a seguir.
d Un estudio cuidadoso y minucioso del repertorio de respuestas del paciente.
e La identificación de sus ansiedades, sus patrones de evitación y las situaciones interpersonales en las cuales suceden.
f Lograr que el paciente comprenda estos patrones.
g Hacer explícito el hecho de la ansiedad involucrada.
h Mostrar el efecto de estos patrones de ansiedad en el resto de la conducta de la persona.
i Todo lo anterior reduce la intensidad de la ansiedad y permite el funcionamiento de otro tipo de respuestas.

Fuente: **Ford, D.H. y Urban, H.B. *Systems of Psychotherapy* © 1983 de JoHn Wlley & Sons N.Y. (Reimpreso con permito.)**

Uno de los argumentos más frecuentes es que el enfoque psicodinámico rara vez ha sido evaluado con investigación empírica y cuantitativa. Con frecuencia se considera a los analistas como personas reacias a los estudios controlados y cuantitativos de sus esfuerzos. Es más, algunos defensores del modelo psicodinámico argumentan que sus métodos son demasiado complejos, multifacéticos y subjetivos para ser evaluados justamente con métodos cuantitativos.

Sin embargo, de hecho *sí* se ha dado una cantidad considerable de investigación cuantitativa en este modelo, especialmente sobre el psicoanálisis; investigación que muchos psicólogos aparentemente ignoran o de lo cual no están informados. Gran parte de estas investigaciones ha sido resumida por Wallerstein y Sampson (1971) y Fisher y Greenberg (1977). El más reciente y concienzudo estudio de esta investigación es la aportación de Luborsky y Spence (1978). La revista *"Psychoanalysis and Contemporary Society"* es una buena fuente para obtener ejemplo adicionales.

Los puntos a investigar sobre la terapia psicodinámica son similares a los estudiados por otros modelos. Luborsky y Spence (1978) señalan cuatro áreas principales de investigación en cuanto a terapia psicoanalitica: 1 ¿Qué tipo de cliente es el adecuado para el psicoanálisis? 2. ¿Qué tipo de terapeuta es el más indicado para llevarla a cabo? 3. ¿Qué cambios o qué resultados produce el psicoanálisis? 4. ¿Cuál es la naturaleza del cambio a través del proceso o curso de la terapia?

Los puntos que se refieren a los resultados han sido los menos estudiados en la literatura psicoanalitica. La mayoría de los estudios se han basado en un grupo de clientes analizados, cuyo mejoramiento al final del tratamiento, es evaluado por sus terapeutas mediante algún tipo de escala de mejoramiento. Generalmente, no se han incluido grupos de control. Rara vez se ha comparado el psicoanálisis directamente con otra forma de psicoterapia. El estudio de Cartwright (1966) es probablemente el mejor conocido pero su importancia se reduce por el problema obvio del tamaño de la muestra que utilizó: sólo hubo cuatro pacientes.

La investigación sobre el *proceso* del psicoanálisis ha sido más frecuente y generalmente de mejor calidad. Por ejemplo, gran cantidad de investigación se ha realizado en cuanto a los efectos de las interpretaciones de los terapeutas. Lo atinado de la interpretación y el nivel de empatia se han visto relacionados, positivamente, en cuanto al resultado final del tratamiento.

Muy a pesar de la cada vez mayor complicación de la investigación sobre el psicoanálisis, la mayoría de los analistas probablemente aún estarían de acuerdo con Luborsky y Spence (1978) en este juicio: "La investigación cuantitativa respecto a la terapia psicoanalitica se presenta hasta ahora como un apoyo no muy confiable para la práctica clinica. Se sabe (mucho más) ahora gracias a la sabiduría clínica que a estudios objetivos y cuantitativos" (p. 358). Después, agregan que "pocos descubrimientos de la investigación cuantitativa, han cambiado el estilo o el resultado de la práctica psicoanalitica" (Luborsky y Spence, 1978, p. 360). Sin despreciar el valor de la sabiduría clínica, nosotros diríamos que ninguna forma de terapia debía permanecer indiferente demasiado tiempo a

los hallazgos de la investigación científica bien controlada. El status dentro de las ciencias, del psicoanálisis o de cualquier otro tipo de terapia, depende en última instancia de la investigación empírica y de sus métodos más que de un consenso de aprobación de sus propios adeptos.

Capítulo **10**

La intervención clínica: modelos del aprendizaje social

A menudo se consideran las aproximaciones del aprendizaje social a los problemas clínicos como *modificación de la conducta* o *terapia conductual.* Independientemente de la etiqueta, el modelo se ha vuelto famoso. Durante los años recientes, la modificación de la conducta se ha descrito, malentendido, alabado y condenado de una manera periódica en la prensa, la televisión y el cine (por ejemplo, *Naranja mecánica)* y se ha vuelto parte de nuestro vocabulario popular. Mientras que en alguna época la idea estereotipada que tenía el público del psicólogo o psiquiatra era la de un profesionista que principalmente comprendía y practicaba la terapia de Freud, las técnicas del aprendizaje social están creciendo de una manera acelerada o están sustituyendo las imágenes psicodinámicas de la concepción popular de la psicología. Esta idea dista del blanco sólo por una pequeña distancia: la mayoría de los clínicos, sin tener en cuenta su propio marco teórico, *están* familiarizados con los principios básicos de la terapia conductual y, en muchas ocasiones, emplean la técnicas que se derivan de ella.

El término "terapia conductual" apareció por primera vez en una publicación de Lindsley, Skinner y Solomon en 1953, que describía el condicionamiento ope-

[1] A lo largo de este capitulo se utilizarán los términos de *modificación conducid y terapia conducta!* de una manera intercambiable a pesar de que algunos autores insisten en que no son sinónimos. Entre aquellos psicólogos que acentúan la importancia de la diferencia entre los dos conceptos, los que tienen una orientación operante o skinneriana prefieren el nombre de *modificación conductual,* y dejan el término de *terapia conductual* para los clínicos que utilizan un marco de referencia hulliano o cognitivo. Estas diferencias teóricas cobrarán significado a medida que se avance en este capítulo.

rante en los psicópatas. A pesar de que estos autores no continuaron utilizando el término, Eysenck (1959) sí lo hizo, y a menudo se le atribuye su introducción. Sin embargo, la verdad es que Arnold Lazaras, un psicólogo de África del Sur, fue la segunda persona que utilizó el término por escrito, en un artículo que publicó en 1958 sobre la terapia conductual en el *South African Medical Journal.*

Mientras se puede entablar una discusión trivial acerca de "quién fue el primero", no hay punto de controversia cuando se afirma que el crecimiento de las intervenciones orientadas en el aprendizaje social ha sido impresionante. La modificación de la conducta se ha vuelto una de las áreas de investigación más populares de la psicología clínica. Hace veinte años no existía una sola revista que se dedicara exclusivamente a la investigación sobre los enfoques del aprendizaje social en la psicología clínica y la psiquiatría. En la actualidad existen once de estas revista. Las revistas principales de acuerdo con su orden de aparición son: *Behavior Research and Therapy* (1963), *Journal of Applied Behavioral Analysis* (1968), *Behavior Therapy* (1970), *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry (1970) European Journal of Behavioral Analysis and Modificatión* (1975), *Child Behavior Therapy* (1978), *Advances in Behavior Research and Therapy* (1978), *Behavioral Assessment* (1979) y *Journal of Behavioral Assessment* (1979).

Ha ocurrido una tasa semejante de crecimiento en la publicación de textos manuales que tratan la modificación de la conducta. El primer libro que incluyó el término "terapia conductual" en su título fue la obra de Eysenck, *La terapia conductual y las neurosis (Behavior Therapy and the Neurosis)* que se publicó en 1960 (Kazdin, 1978). Hoy en día, existen cientos de libros acerca de muchos aspectos diferentes de la modificación de la conducta, y muchos de ellos se actualizan cada año. Sé han formado varios grupos y sociedades con un interés en la orientación del aprendizaje social, entre los cuales el rnás influyente es la Asociación para el avance de la terapia conductual "Association for the Advancement of Behavior Therapy" (AABT). Existen bastantes periódicos conducíales, catálogos de equipo especial para los modificadores de la conducta y bibliografías especiales de las publicaciones conductuales. Hasta existe un código especial de ética para los modificadores del comportamiento (AABT, 1977).

Quizá el mejor indicador de la complejidad que ha ido adquiriendo este campo es la proliferación de los conceptos que representan varios grupos "separatistas". Por ejemplo, tenemos la *terapia conductual de amplio espectro, la terapia conductual de banda estrecha, terapia conductual cognitiva, modificación cognitiva de la conducta, terapia conductual del lenguaje, terapia conductual racional, terapia psicoconductual y terapia conductual psicodinámica* (Wilson, 1978). Se duda que se pueda ganar mucho si se inventan más nombres de marca o si se hace un análisis de las diferencias sutiles que pueden representar. Se pueden aprender lecciones más valiosas estudiando los orígenes históricos de la modificación de la conducta y si se le presta una atención especial a aquellas innovaciones que moldearon las cualidades únicas de las intervenciones modernas del aprendizaje social.

En un libro muy completo que publicó Alan Kazdin en 1978, examina varios de los fundamentos científicos y profesionales de la modificación de la conducta. En este capítulo, el enfoque estará sobre seis de estas áreas: la investigación rusa

inicial sobre el condicionamiento, la psicología comparativa, el conductismo watsoniano, la teoría del aprendizaje, B. F. Skinner y el condicionamiento operante, y las aplicaciones de la terapia del aprendizaje a la conducta humana y la psicoterapia. Para obtener un panorama más elaborado de estos temas y otros más, consúltese a Kazdin (1978, en especial las pp. 49-185).

FUNDAMENTOS DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Investigación rusa sobre el condicionamiento

El impacto de la investigación rusa del condicionamiento sobre la modificación de la conducta se transmitió a través de la obra de tres hombres durante los inicios del siglo veinte: Ivan Sechenov, Ivan Pavlov y Vladimir Bekhterev. Cada uno de estos científicos había recibido su entrenamiento en el campo de la medicina, cada uno de ellos tenía una orientación basada más en la fisiología que en la psicología, y cada uno abogaba por las explicaciones objetivas y mecanicistas de la conducta, incluyendo aquellas conductas humanas que siempre se habían considerado como altamente subjetivas. También era de gran importancia la insistencia de cada uno en que la conducta se estudiara a través de los métodos científicos y empíricos.

La obra de Sechenov fue la que primero apareció. Aparte de dar importancia al método empírico, Sechenov contribuyó en dos formas importantes a una psicología conductista. En primer lugar proclamó que toda la conducta, mental y física, voluntaria e involuntaria, se componía de reflejos que en últimas instancias eran provocados por el ambiente. Por consiguiente, consideró que la causa ulterior de la conducta era de naturaleza externa. En segundo lugar, Sechenov creía que los reflejos que formaban la conducta humana compleja se adquirían a través del aprendizaje. La teoría del aprendizaje de Sechenov se basaba en el concepto de asociacionismo de Aristóteles: las respuestas se aprenden cuando se asocian de una manera repetida con determinados estímulos.

La obra de Pavlov sobre el condicionamiento de la salivación en los perros es bien conocida, al menos por todo el que haya tomado un curso introductorio a la psicología. Pavlov descubrió que si alguien une de una manera repetida un *estímulo incondicionado* que provoca un reflejo (o *respuesta incondicionada)* con un estímulo neutro, el estímulo que previamente era neutro se convierte en un *estímulo condicionado* que ahora provoca una respuesta *(la respuesta condicionada)* que se asemeja al reflejo original. En la Figura 10-1 se presenta un diagrama de este proceso.

En sus experimentos famosos, Pavlov demostró que la comida provocaría la salivación y que después de unir un tono con la comida varias veces, el tono por sí solo sería capaz de provocar la salivación. Pavlov también descubrió el *condicionamiento de un nivel más alto* cuando observó que su propia presencia, después de muchas asociaciones con la comida y el tono, también provocaba la salivación de los perros. Por consiguiente, las contribuciones principales de Pavlov fueron un estudio acerca de las condiciones precisas bajo las cuales un tipo de aprendizaje (a menudo se denomina *condicionamiento pavloviano, clásico o respondiente)* se lleva a cabo y su demostración de los efectos específicos que los cambios en esas condiciones ejercerían sobre el proceso del condicionamiento.

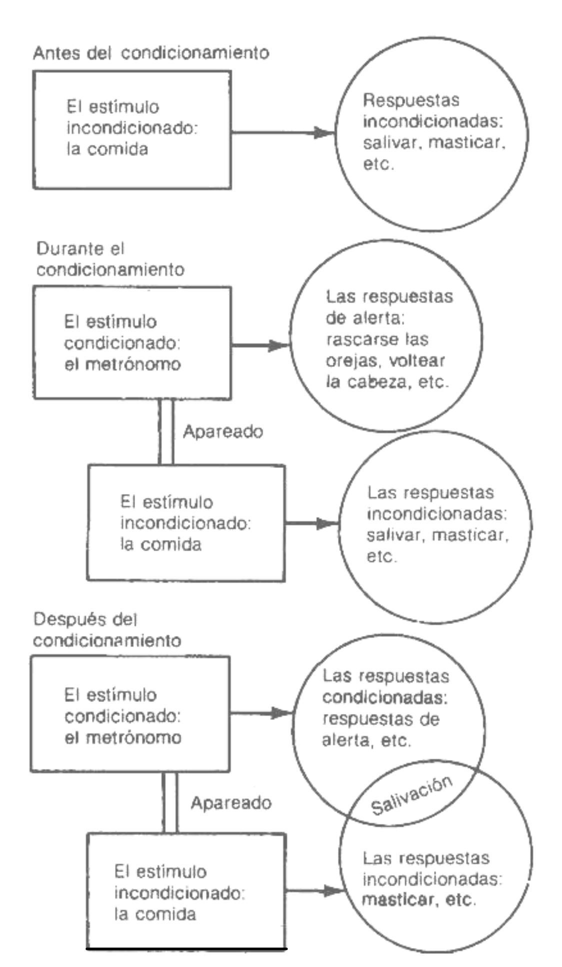


Figura 10-1 El flujo del condicionamiento Pavloviano. Antes del condicionamiento, la comida, un estimulo incondicionado, provoca las respuestas incondicionadas para salivar y masticar. Durante el condicionamiento, un metrónomo, el estímulo condicionado potencial, se prende unos pocos minutos antes de que se entregue la comida. La comida provoca varias respuestas, mientras que el metrónomo solamente provoca la alteración típica de cualquier sonido nuevo. Después de varios ensayos de condicionamiento, el metrónomo provoca un conjufito nuevo de respuestas y entre ellas algunas se traslapan con el estimulo condicionado original (por ejemplo, la salivación). *Brown, R, Hemstein, R.J. Psychology.©1975 de Little, Brown and Company* (Reimpreso con permiso).

Bekhterev también estudió el condicionamiento, a pesar de que él estaba más interesado en las respuestas motoras abiertas que Pavlov. Bekhterev estudió los reflejos motores simples en los humanos a través del uso de un choque eléctrico leve en las manos y en los pies como el estímulo incondicionado. Bekhterev se mostró muy entusiasta acerca de las implicaciones del condicionamiento. Discutía que la Psicologia sería sustituida por una disciplina más objetiva que él denominó la *reflejología.* La contribución histórica mayor de Bekhterev fueron sus intentos por aplicar los principios de la reflejología a las perturbaciones conductuales. Por ejemplo, Kazdin (1978) observa que a principios del siglo veinte Bekhterev utilizaba

el condicionamiento para tratar varios tipos de desórdenes incluyendo la sordera histérica y las desviaciones sexuales. Pavlov también estaba consciente de la importancia clínica del condicionamiento, en particular para la comprensión de las causas de varios de los desórdenes conductuales.

Psicología comparativa

La Psicología comparativa implica el estudio de la conducta animal. Es importante para el desarrollo de la modificación de la conducta por varias razones, pero principalmente debido a que le otorgó apoyo a la afirmación de Darwin acerca de que existe una continuidad entre la conducta de los humanos animales. Debido a esta continuidad se consideró que las leyes de aprendizaje animal que se estaban descubriendo a finales del siglo diez y nueve y principios del siglo veinte se aplicaban también a los seres humanos.

Conductismo watsoniano

John B. Watson "fue responsable de la cristalización de una tendencia hacia el objetivismo que ya existía" en la Psicología (Kazdin, 1978, p. 63). Watson recibió su doctorado en 1903 de la Universidad de Chicago donde la orientación hacia la psicología era "funcional". Esto significaba que los psicólogos estudiaban cómo operaba la conciencia humana. El método de estudio era la introspección, o la observación cuidadosa o entrenada de los propios procesos mentales. Sin embargo, Watson también fue expuesto a los métodos de la fisiología y biología en Chicago y se sintió insatisfecho en la psicología funcionalista la cual, en comparación a las ciencias "rigurosas" tenía un contenido y método demasiado subjetivo para su gusto.

La perspectiva de Watson sobre una Psicología más objetiva y conductista primero se publicó en un escrito titulado "La Psicología de acuerdo con el punto de vista de un conductista". En este artículo Watson describió dos cualidades esenciales del conductismo. En primer lugar, se debería descartar la introspección como una metodología y sustituirla por la observación externa, el método que empleaban los psicólogos de la conducta animal. En segundo lugar, los psicólogos deberían abandonar el estudio de la conciencia y en lugar de esto concentrarse en la conducta manifiesta y su relación con los estímulos ambientales. El sistema de Watson se llegó a conocer por el nombre de *Psicología de E-R* debido a la importancia de los vínculos de estímulo-respuesta por medio de los cuales se podía explicar toda la conducta. Por ejemplo, se consideró que el pensamiento realmente implicaba los movimientos pequeños de las cuerdas vocales y que las emociones eran un producto de los cambios fisiológicos en determinados órganos. De acuerdo do con Watson:

> En cada adaptación siempre existe tanto una *respuesta o acto* como un *estímulo o situación* que atrae esa respuesta. Sin alejarnos demasiado de nuestros hechos, parece posible decir que el ambiente siempre proporciona un estímulo, externo al cuerpo, o

> que los movimientos de los propios músculos o secreciones de las glándulas de un hombre proporcionan un estímulo; y finalmente que las respuestas siempre siguen de una manera relativamente inmediata a la presentación o incidencia del estimulo. En realidad éstas son suposiciones, pero parecen ser importantes para la Psicología. Antes de que las aceptemos o rechacemos tendremos que examinarlas tanto de acuerdo con la naturaleza del estímulo o situación como de la respuesta. Si las aceptamos de manera provisional, podemos afirmar que la meta del estudio psicológico es *cerciorarse de que existen los datos y leyes tales que dado un estímulo, la Psicología puede predecir cuál será la respuesta: o por otro lado, que dada la respuesta, se puede especificar la naturaleza del estímulo efectivo.* (Watson, 1919, pp. 9-10.)

Watson fue muy activo al popularizar el conductismo y proclamar que se podía utilizar para resolver los problemas humanos. Su defensa más extravagante fue que si se le daban doce infantes con óptima salud, "bien conformados y mi propio mundo con las características que yo determine para que se desarrollen... yo garantizaré que puedo tomar cualquiera de ellos al azar y entrenarlo para que llegue a ser cualquier tipo de especialista que yo pueda elegir: doctor, abogado, artista, comerciante, jefe y sí, hasta limosnero y ladrón, sin importar sus talentos, inclinaciones, tendencias, habilidades, vocaciones y la raza de sus antepasados" (Watson, 1930 p. 104). En parte debido a este tipo de entusiasmo, la literatura de la década de 1920 contenía muchos artículos que describían cómo él conductismo podría utilizarse para resolver los problemas de la educación, la conducta normal y la sociedad en general (Willis y Giles, 1978).

Teoría del aprendizaje

Cuando llegó la década de 1930 la Psicología del aprendizaje y la construcción de los sistemas teóricos que mejor explicaban los procesos del aprendizaje se convirtieron en el área principal de investigación de la Psicología norteamericana. Estas teorías del aprendizaje eran similares a los principios del condicionamiento que los fisiólogos rusos habían expuesto, en tanto que el aprendizaje y el condicionamiento son explicaciones de la adquisición y mantenimiento de las respuestas nuevas. Pero las teorías del aprendizaje intentaron explicar una variedad más amplia de conductas (incluyendo el lenguaje hablado y la conducta motora voluntaria) o que las teorías del condicionamiento que se interesaban en las respuestas discretas de una clase reducida (sacudidas de rodillas, parpadeos de ojo, respuestas de sobresalto).

Edward L. Thorndike fue uno de los primeros teóricos norteamericanos del aprendizaje. Él estaba interesado en la conducta voluntaria o *instrumental* de los animales. Por ejemplo, ¿cómo aprende un gato a escapar de una jaula donde se encuentra confinado? Thorndike encontró que el factor más importante para el desarrollo de una nueva respuesta era la consecuencia de esa respuesta. Las respuestas se fortalecen o debilitan de acuerdo con la *ley del efecto,* que sostiene que

> entre las varias respuestas que se pueden dar a una misma situación, aquellas que están acompañadas por, o les sigue de manera inmediata, la satisfacción del animal serán, si

> todos los otros elementos se contienen constantes, las que se conecten de una manera fuerte con la situación, de tal forma que, cuando ésta vuelva a presentarse será más probable que se presenten aquellas. Sin embargo, las que están acompañadas por o les sigue de manera inmediata, una incomodidad del animal serán, si todos los otros elementos se mantienen constantes, las que tendrán debilitadas sus conexiones con la situación, de tal manera que cuando vuelva a presentarse esta, serán menos probable que se presenten aquellas. (Thorndike, 1911, p. 244).

Esta ley del efecto fue el precursor teórico de los conceptos de B.F. Skinner sobre el reforzamiento y condicionamiento operante del cual se hablará con mayor detalle más adelante.

Otro teórico inicial del aprendizaje fue Edwin Guthrie, cuya posición principal sobre el aprendizaje se contiene en su libro de 1935, *Psicología del aprendizaje*. La teoría de Guthrie era bastante parecida a la de Watson: El aprendizaje ocurre como un resultado de la contigüidad o asociación cercana entre los estímulos y las respuestas. En contraste con Thorndike, no creía que el reforzamiento ejercía una función principal en el aprendizaje. De acuerdo con Guthrie, el reforzamiento simplemente previene al organismo ejecutor alguna conducta nueva que podría irrumpir las asociaciones que se hubieran formado previamente entre un estímulo y una respuesta.

Otros nombres importantes en la historia de los modelos del aprendizaje social son Clark Hull, el teórico norteamericano más influyente durante las décadas de 1930 y 1940 y Edward Tolman, el fundador del *conductismo propositivo*. Hull intentó sintetizar el condicionamiento clásico de Pavlov y el condicionamiento instrumental de Thorndike bajo un solo sistema teórico. Su obra ha tenido una gran influencia sobre las teorías posteriores del aprendizaje de los psicólogos prominentes tales como Kenneth Spence (1956), O. Hobart Mowrer (1960) y Neal Miller (1951). La teoría de Hull se ha citado como el fundamento teórico de varias técnicas modernas de la terapia conductual, y de manera más notable de la desensibilización sistemática de Wolpe.

Tolman subrayó la importancia de las variables interventoras tales como la *expectativa, cognición y significado* en su teoría del aprendizaje. Él hizo una distinción explícita entre el aprendizaje y la ejecución: Un organismo puede aprender una conducta sin tener que ejecutarla. Tolman sugirió que el reforzamiento actúa para *regular* la conducta manifiesta, pero no que "enseña" al organismo cuáles son las respuestas correctas. Como se verá posteriormente, las ideas de Tolman eran muy semejantes a las que expresaban los teóricos modernos del aprendizaje social. Muchos de los métodos de la terapia cognitiva de los modelos del aprendizaje social que se describirán más adelante son bastante compatibles con el "conductismo positivo" de Tolman.

Cada uno de los teóricos del aprendizaje que se mencionaron arriba estaba consciente de las posibles implicaciones de su obra para la comprensión y modificación de la conducta humana. Esto en especial fue el caso de Guthrie, que ofreció varios procedimientos (que se analizarán más adelante) para alterar las conductas indeseables y de Hull, cuya obra fue la base del libro clásico de Dollard y Miller, *Personalidad y Psicoterapia* ("Personality and Psychoterapy") (1950) que inten-

tó traducir la teoría psicoanalítica a los términos del aprendizaje. Julián Rotter realizó un esfuerzo semejante en la reformulación de los conceptos terapéuticos convencionales con respecto al lenguaje de la teoría de aprendizaje en su libro *Aprendizaje social y la Psicología clínica (1954)* ("Social Learning and Clinical Psychology").

Skinner y el condicionamiento operante

De acuerdo con los conductistas rigurosos, el condicionamiento operante es el proceso mediante el cual se desarrollan la mayor parte de las formas "voluntarias" de la conducta. Desde luego, el personaje más importante en la aplicación del condicionamiento operante a una comprensión del comportamiento social humano es B.F. Skinner, cuya obra *ciencia y conducta humana* (1953) se considera uno de los fundamentos de la terapia conductual moderna (Rimm y Masters, 1979). La premisa básica del condicionamiento operante tiene una sencillez casi decepcionante: La conducta se aprende y fortalece como resultado de sus consecuencias. A su vez, estas consecuencias influyen sobre la probabilidad de que las conductas que las precedieron volverán a presentarse en el futuro. Aprender a no tocar una estufa caliente por haberse quemado es un ejemplo sencillo de este proceso.

El efecto principal del condicionamiento operante es que las conductas de ensayo y error, emitidas alazar se "moldean" de una manera progresiva hasta convertirse en patrones significativos de alguna actividad como resultado de las consecuencias. Las consecuencias positivas o recompensantes (los reforzadores) fortalecen la posibilidad de los operantes previos, mientras que las consecuencias opuestas o aversivas debilitan la probabilidad de las respuestas similares en el futuro. La propia investigación de Skinner se concentró sobre la función del reforzamiento como el determinante principal de la conducta.

Existen cinco principios que definen la esencia del condicionamiento operante. Se presentan cuatro de éstos en la Figura 10-2, que señala las posibles combinaciones de la presentación o retiro de los acontecimientos positivos o negativos después de la ocurrencia de una conducta. La presentación de un reforzador positivo después de alguna conducta se denomina *reforzamiento positivo,* un proceso que fortalece la conducta, como lo indica la porción I. Tomar una cerveza después de una sesión de estudio es una forma común de reforzamiento positivo. La porción II describe un tipo de *castigo* en el que se presenta una consecuencia negativa después de alguna conducta y que da como resultado una disminución de la probabilidad futura de esa conducta (véase el ejemplo de la estufa caliente anterior).

La porción III representa una segunda forma de *castigo* que ocurre cuando un acontecimiento positivo que estaba disponible previamente se elimina después de la emisión de alguna conducta. Por ejemplo, que le roben a alguien su automóvil debido a que no lo cerró con llave, probablemente disminuirá la probabilidad futura de esa conducta descuidada. El *reforzamiento negativo* (porción IV) produce un *aumento* en la probabilidad de la futura ocurrencia de una conducta quitando algo displacentero que se siga de tal conducta. Por consiguiente, el alivio de un dolor de cabeza después de tomar una aspirina tiende a reforzar la toma de aspirinas en el futuro. Tanto los reforzamientos positivos como negativos siefnpre



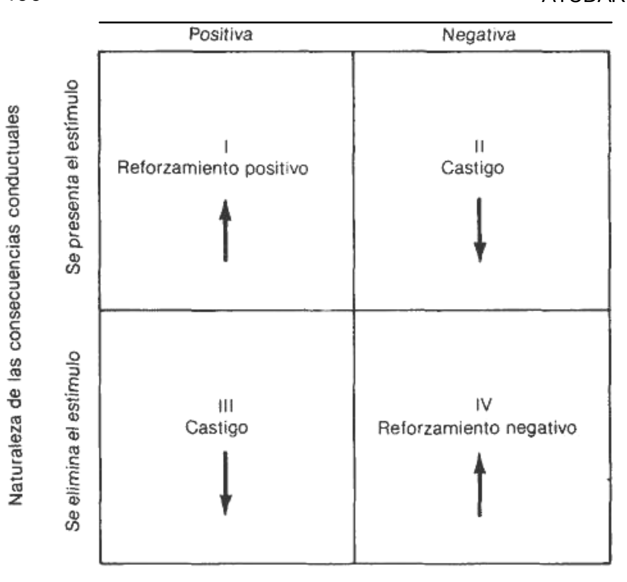


Figura 10-2 Las técnicas y los efectos del condicionamiento operante. Las flechas en cada cuadro indican que la conducta que precedió varias consecuencias se fortalecerá (↑) o debilitará (↓).

fortalecen la conducta, mientras que los dos tipos de castigo disminuyen la probabilidad futura de las conductas que les preceden.

El quinto principio operante (que no se presenta en la Figura 10-2) es la *extinción*. La extinción se refiere al debilitamiento o eliminación de la conducta como resultado de la ausencia tanto de las consecuencias positivas *como* negativas. Un ejemplo simple de este procedimiento sería darse por vencido y no intentar hablar por teléfono con alguien que no hubiera contestado varias llamadas repetidas. Desde luego, existen muchos otros conceptos y principios que se asocian con el condicionamiento operante. Para obtener una revisión más completa de esta información, consúltese a Ferster y Perrott (1968), Holland y Skinner (1961), y Reynolds (1968).

Aplicaciones de la teoría del aprendizaje a la conducta humana y a la Psicoterapia

Se ha visto que durante el primer cuarto del siglo veinte, los filósofos rusos habían publicado una obra importante sobre el condicionamiento, Watson había articulado los principios del conductismo, los psicólogos cada vez más estaban aplicando los hallazgos de la investigación experimental con los animales para explicar la conducta humana, y teóricos tales como Tolman comenzaban a proponer modelos cada vez más complejos de la manera como se aprendía la conducta nueva. Uno de los efectos de todo esto fue que los psicólogos se interesaban más y más sobre la aplicación de las leyes del condicionamiento y aprendizaje a la investigación y tratamiento de las perturbaciones conductuales.

Un ejemplo inicial de esta tendencia fue el descubrimiento de que las respuestas emocionales que se parecen a las neurosis humanas se podrían inducir de manera

experimental en los animales del laboratorio. Pavlov observó ejemplos de las *neurosis experimentales* en sus perros después de exponerlos a un choque eléctrico como estímulo incondicionado o requerir que realizaran discriminaciones sensoriales sumamente difíciles. Los síntomas de los perros incluían, agitarse, ladrar, morder el equipo, y olvidar las cosas que habían aprendido con anterioridad. Mientras que estos hallazgos fueron secundarios en relación con los intereses principales de Pavlov en los reflejos condicionados, en la década de 1940 Jules Masserman de la Universidad Northwestern estudió de manera deliberada el condicionamiento y descondicionamiento de las neurosis experimentales en los gatos como una analogía de la psicopatología y el tratamiento psicoanalítico. En poco tiempo la investigación de las neurosis experimentales en una variedad de especies animales se volvió un tema popular para la experimentación. Kazdin (1978) reporta que W. Horsely Gantt, otro investigador inicial de las neurosis experimentales, tenía un perro llamado Nick que según Gantt había permanecido neurótico durante más de 12 años. El descubrimiento de las neurosis experimentales en los animales promovió rápidamente la investigación de los problemas aparentemente semejantes en los humanos. El estudio más famoso de este tipo es un experimento clásico que John B. Watson y su alumna de postgrado Rosalie Rayner (con quien se dice que Watson se condicionó para enamorarse y casarse posteriormente) reportaron en 1920. A un infante de 9 meses, Albert B. le pesentaron varios estímulos tales como una rata blanca, un perro, un conejo, un mono, máscaras y un periódico que se estaba quemando. No demostró miedo hacia ninguno de estos objetos, pero si se manifestó muy molesto cuando le sonaban un ruido muy fuerte al golpear una barra de metal con un martillo. Se sobresaltaba con el ruido, su respiración se alteraba, y temblaba y lloraba durante las presentaciones posteriores del ruido.



Nick, en sus días más felices, en su rancho. Nick no se alivió totalmente de su vida dura cuando regresó a jubilarse en el rancho, porque fue en este lugar donde Gantt trató de enseñarle a nadar, pero se tropezó con una serie de dificultades en tres ocasiones distintas —una fue cuando lanzó a Nick al agua, una segunda fue cuando Nick se enredó en su cadena, y finalmente cuando a Nick se le atoró la pata en la bicicleta de Gantt y fue arrastrado a cierta distancia. Gantt (1944) observó: "Después de cada una de éstas se mostraba menós'amigable conmigo durante varios días..." (pág. 84) (De *W.H. Gantt,* "Experimental Basis for Neurotic Behavior". (Bases Experimentales de la conducta neurótica) *Publicado con la clonación del American Society for Research In Psychomatic Problems. New York,* 1944, Reimpreso con permiso.)

Con el propósito de observar si el temor de Albert se podía condicionar (a la Pavlov) a los objetos que anteriormente no le provocaban miedo, Watson y Rayner asociaron el ruido fuerte con la rata blanca. Se le llevaba la rata a Albert, y tan pronto como comenzaba él a estirarse para tocarla, se presentaba un ruido. Después de varias de estas uniones durante un periodo de una semana, la rata sola producía una reacción emocional fuerte de Albert. De acuerdo con los autores, "en el instante en que se mostraba la rata al bebé comenzaba a llorar. Casi inmediatamente hacía un giro hacia la izquierda, se dejaba caer sobre su lado izquierdo, se levantaba apoyado en sus cuatro extremidades y comenzaba a alejarse gateando con tanta rapidez que costaba trabajo detenerlo antes de que llegara a la orilla de la mesa" (Watson y Rayner, 1920; p. 5). Los investigadores también se interesaban en observar si este miedo condicionado se había generalizado a otros objetos y de esta manera presentaron varios estímulos que solamente dos meses antes no habían perturbado a Albert. En esta ocasión los efectos fueron diferentes. Albert se mostraba bastante molesto cuando se le confrontaba con un conejo, un abrigo de piel, el propio cabello de Watson y hasta una máscara de Santa Claus. El miedo de Albert persistió durante varias evaluaciones que se condujeron a lo largo de un periodo de un mes.

Se retiró al niño de la situación experimental antes de que se pudiera hacer algo para eliminar completamente sus miedos, pero pocos años después, Mary Cover Jones, otra alumna de Watson investigó varias técnicas para reducir las reacciones de miedo en un grupo de niños institucionalizados. Se encontró que dos métodos eran los más exitosos: el *condicionamiento directo,* en el cual un estímulo temido se asociaba con alguna actividad placentera como comer, y la *imitación social,* en el cual el niño temeroso observaba a otros niños que no temían al objeto crítico (Jones, 1924a).

Se investigaron estos dos métodos de una manera más cuidadosa en la historia de caso de Jones (1924b) sobre Peter, un reporte que entre los psicólogos es tan bien conocido como el reporte de Watson y Rayner sobre Albert. Peter era un niño de tres años de edad, que le tenía miedo a muchas cosas, entre ellas a los conejos. Primero se utilizó la imitación social. Según Jones, "cada día se traían a Peter y a tres niños más al laboratorio para una sesión de juego. Los otros niños se seleccionaron de una manera muy cuidadosa ya que no tenían ningún miedo en absoluto hacia el conejo. . ." (Jones, 1924b, p. 310). El conejo estaba presente durante estas sesiones de juego, y, debido a los ejemplos de los otros niños que no le tenían miedo, Peter fue capaz de mostrarse más cómodo a medida que se le acercaba gradualmente el animal en una secuencia de etapas de "tolerancia" (por ejemplo, tolera al conejo a una distancia de un metro de la jaula, puede tocar al conejo cuando se le suelta en el salón, se sienta cerca del conejo, levanta al conejo y se lo pone sobre la pierna, permite que el conejo mordisquee sus dedos).

El progreso de Peter se puso en peligro debido a un par de hechos desafortunados sobre los cuales Jones tenía muy poco control. Contrajo la fiebre escarlatina por lo que interrumpió el tratamiento durante dos meses, y tuvo un encuentro muy desagradable con un perro grande que lo asustó mientras él y su nana tomaban un automóvil de sitio. En este momento se introdujo el condicionamiento directo. Se

le sentó a Peter en una silla alta y se le dio de comer sus alimentos favoritos, mientras que se le acercaba gradualmente un conejo enjaulado a través de las sesiones. En algunas ocasiones estaban presentes otros niños.

El condicionamiento directo eliminó el miedo de Peter hacia los conejos. También hubo alguna evidencia que demostró el descondicionamiento hacia los temores de Peter de otros objetos. Por ejemplo, no mostró ningún temor hacia un montón de gusanos o una caja de ranas. Peter por sí mismo resumió mejor los resultados felices de este caso al anunciar un día que le deparaba el destino "Me gusta el conejo."

Los experimentos de Watson y Rayner (1920) y M. C. Jones (1924a, b) tuvieron un impacto tremendo sobre la historia de la modificación de la conducta debido a que sugirieron que el condicionamiento podía explicar tanto la adquisición como el tratamiento de las reacciones de miedo. La variedad de los problemas a la cual se aplicó el condicionamiento durante las décadas de 1920 y 1930 fue muy amplia, y abarcó los miedos de los niños, desórdenes sexuales, abusos de sustancias y varias condiciones neuróticas (Yates, 1970). El interés por la utilización clínica del condicionamiento persistió a pesar de que algunos investigadores no pudieron repetir los resultados iniciales (Kazdin, 1978). O'Leary y Wilson (1975) revisaron un caso que reportó English (1929) al intentar condicionar a una niña de 14 meses a tenerle miedo a un pato de madera por medio de golpes de un martillo sobre una barra de metal cada vez que la niña intentaba asir el pato. Después de 50 uniones de este tipo, no se había afectado el entusiasmo de la niña por el pato, así que English empleó un martillo más grande que hacía más ruido. Pero la niña aún no tenía miedo, a pesar de que varios profesionistas del edificio se quejaron acerca del "borlote" de ruido. Asombrado y probablemente algo decepcionado con el temperamento obstinado de la pequeña, English teorizó que el escándalo y ruido caótico de los tres hermanos mayores de la niña habían inmunizado a las propiedades adversivas al ruido.

Historia reciente de la terapia conductual

El reconocimiento oficial de la "terapia conductual" ocurrió a finales de la década de 1950 y principios de la de 1960, una época en la que hubo varias razones para que la psicología clínica se mostrara receptiva a las aproximaciones del aprendizaje social al tratamiento. El reto de Eysenck a la efectividad de la psicoterapia, la insatisfacción diseminada con la utilidad de la evaluación clínica, y la inconformidad con las aplicaciones del modelo médico de las perturbaciones conductuales en parte ejercieron alguna influencia. En el Capítulo 12. Para los fines presentes, es importante reconocer que estos factores hicieron que los clínicos consideraran muy atractivos los efoques del aprendizaje social sobre el cambio de la conducta en contraste con las formas de la psicoterapia.

La terapia conductual se inicio formalmente en tres países: África del Sur, Inglaterra y Estados Unidos. Hasta cierto grado, los avances en cada país fueron independientes de los demás, pero también se dio un patrón interesante de dependencias y colaboración mutua. En África del Sur, un psiquiatra Joseph Wolpe se ocupó de determinada investigación animal y humana que culminó en su obra,

La Psicoterapia por medio de la inhibición recíproca (1958). Asimismo, el trabajo de dos de sus estudiantes de psicología, Stanley Rachman y Arnold Lazarus, recibió atención mundial. Lazarus, como se podrá recordar, fue uno de los primeros que empleó el término "terapia conductual", y Rachman ha ejercido mucha influencia en el progreso de la terapia e investigación conductual en Inglaterra desde 1960. Los sudafricanos han sido un grupo muy móvil: Wolpe visitó a Eysenck en Inglaterra y luego se mudó de manera permanente a los Estados Unidos en 1962; Lazarus ha residido en este país a partir de 1966 (Kazdin, 1978).

En Inglaterra, las dos influencias más importantes sobre la terapia conductual han sido Hans Eysenck y M.B. Shapiro; los dos están afiliados al Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres y el Hospital Maudsley. Eysenck introdujo el término "terapia conductual" en Inglaterra en 1959 y publicó el primer texto sistemático acerca de la terapia conductual en 1960 (Kazdin, 1978). El "grupo Maudsley" de Inglaterra (que también incluía a Rachman, Issac Marks y Michael Gelder) incluía a varios experimentadores muy productivos que investigaron la efectividad de muchas de las técnicas conductuales inclusive el "flooding", la terapia aversiva y algunas variantes de la desensibilización (que se examinarán posteriormente).

Kazdin (1978) presenta una lista de varios de los profesionistas que fueron los pioneros de la utilización clínica de las técnicas de tratamiento del aprendizaje social en Estados Unidos. William Burnham practicó, durante la década de 1920, varios procedimientos que son muy semejantes a los métodos conductuales modernos. A principios de la década de 1930, Knight Dunlap utilizó el método de la *práctica negativa* para eliminar los hábitos desadaptativos. Voegtlin y Lameré emplearon la aversión clínica (su término era "tratamiento reflejo condicionado") para tratar a los alcohólicos en el "Shadel Sanitarium" en Seattle, Washington (Shadel, 1944). Andrew Salter empleó una estrategia terapéutica que denominó "terapia" del reflejo condicionado" que se basaba en el condicionamiento clásico e implicaba varios ejercicios para aumentar la expresividad emotiva así como otras técnicas que se parecen a muchos métodos conductuales actuales (Salter, 1949). A lo largo de las décadas de 1950 y 1960 los métodos del condicionamiento operante se utilizaron cada vez más en el tratamiento de los pacientes psicóticos y los niños con problemas (véase Ullmann y Krasner, 1965).

La situación en Estados Unidos fue diferente de la de África del Sur o Inglaterra debido a que, a pesar de los ejemplos frecuentes de las técnicas basadas en el aprendizaje, no se dio un movimiento integrado y sistemático en torno a la terapia conductual. Esta situación se expresaría de otra manera diciendo que en los Estados Unidos existieron los terapeutas conductuales mucho tiempo antes que la terapia conductual. La cristalización de la terapia conductual en Norteamérica fue el resultado de dos factores: (1) un reconocimiento del movimiento a favor de la terapia conductual en Inglaterra, en particular de la Obra de Eysenck, y (2) la publicación de varios libros de este país que proporcionaron un marco de referencia completo y unificado de la modificación de la conducta. En esta última categoría las obras más notables son *Ciencias y conducta humana de Skinner* (1953), *Las técnicas del condicionamiento en la práctica e investí-*

gación clínica ("Conditioning Techniques in Clinical Practice and Research", Franks, 1964, *Estudios de caso en la modificación de la conducta* ("Case Studies in Behavior Modication", Ullmann y Krasner, 1965), el libro de Wople de 1958, y las técnicas de la terapia conductual: Una guía para el tratamiento de las neurosis ("Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neurosis", Wolpe y Lazarus, 1966).

Como se puede observar en la Tabla 10-1, la definición de la terapia conductual se ha sometido a una cantidad considerable de revisiones a lo largo de los años, pero, de acuerdo con tres de las últimas revisiones en el campo (Kazdin, 178; O'leary y Wilson, 1975; Rimm y Masters, 1979, los principios comunes y esenciales de la terapia conductual son los siguientes:

1 Existe una continuidad supuesta entre la conducta normal y anormal que implica que las leyes básicas del aprendizaje se aplican a todos los tipos de conducta. Las conductas desadaptativas se adquieren mediante los mismos procesos psicológicos que cualquiera de las demás conductas (véase el Capítulo 3).

2 Las técnicas terapéuticas se deben basar en los hallazgos empíricos y los fundamentos teóricos de la psicología experimental. En sus inicios, la terapia conductual se apoyaba principalmente en los hallazgos de la teoría del aprendizaje E-R, pero en la actualidad sus fundamentos empíricos son mucho más amplios.

3 La terapia se dirige hacia la modificación de las conductas desadaptativas-que son específicas y manifiestas. También se tratan las cogniciones y las emociones que acompañan a la conducta manifiesta, pero en una forma más concreta y directa que muchas de las otras aproximaciones terapéuticas. El tratamiento se planea de una manera cuidadosa hacia las necesidades únicas de cada cliente.

4 Existe un enfoque especial sobre los problemas actuales del cliente. Este acento que se pone en el aquí-y-ahora da por resultado menor preocupación por las experiencias durante la infancia temprana o la información histórica, que por lo general tiene, digamos, el psicoanálisis.

5 Hay un compromiso especial en la evaluación experimental del tratamiento. El terapeuta conductual intenta emplear las técnicas que se han valido de una manera científica a través de los diseños experimentales de grupo o la metodología de un solo sujeto.

6 Existe el reconocimiento acerca de que el acento sobre las técnicas enfocadas hacia los problemas y la validación empírica del tratamiento no reduce la necesidad de que los terapeutas conductuales sean personas sensibles que se interesen por el bienestar de sus clientes. Como los clínicos de cualquiera de las otras inclinaciones teóricas, los terapeutas conductuales se esfuerzan por ejercer mejor juicio clínico y las prácticas éticas razonables cuando proporcionan sus servicios y llevan a cabo su investigación.

TÉCNICAS CONTEMPORÁNEAS DE LA TERAPIA DE LA CONDUCTA

En la parte restante de este capitulo, se describirán algunas de las técnicas que componen la esencia de la terapia conductual. Se trazará el desarrollo histórico de cada

Tabla 10-1 Breve historia de las definiciones de la terapia conductual

Fuente	Definición de la terapia conductual
Eysenck (1964)	El intento de alterar la conducta y emoción humana de una manera benéfica de acuerdo con las leyes de la teoría moderna del aprendizaje.
Ullman y Krasner (1965)	Un campo que incluye muchas técnicas diferentes las cuales se relacionan con el campo del aprendizaje, pero el aprendizaje con una intención particular, es decir, el tratamiento y cambio clínico.
Wolpe y Lazarus (1966)	La aplicación de los principios establecidos en forma experimental del aprendizaje para superar los hábitos desadaptativos.
Yates (1970)	El intento por emplear los conocimientos empíricos y teóricos que provienen de la investigación experimental de la psicología y disciplinas relacionadas con el fin de explicar la génesis y mantenimiento de la conducta anormal y aplicar esos conocimientos al tratamiento o prevención de las anormalidades por medio de los estudios experimentales controlados de un solo caso, tanto descriptivos como curativos.
Krasner (1971)	La aplicación de los principios conductuales que se derivan del laboratorio experimental por medio de la modificación de la conducta etiquetada como desviada.
Kazdin(1978)	La aplicación de los hallazgos experimentales de la investigación psicológica con el propósito de alterar el comportamiento.
Wilson(1978)	Las técnicas de tratamiento que implican un compromiso con la medición, metodología, conceptos y procedimientos derivados de la psicología experimental.
Rimm y Masters (1979)	Cualquier técnica de una cantidad grande de técnicas específicas que utilizan los principios psicológicos (en especial del aprendizaje) para cambiar de una manera constructiva la conducta humana.

procedimiento, se describirán sus aplicaciones actuales y se estudiará la evidencia empírica que apoya su efectividad.

Desensibilización sistemática

La desensibilización sistemática (DS) es una de las técnicas de la terapia conductual mejor conocidas, que se emplean con una mayor frecuencia y que se han investigado de una manera más completa. La mayor parte del tiempo se utiliza para reducir la ansiedad desadaptativa y aprendida (como las fobias) pero también se ha aplicado a un conjunto de otros problemas clínicos, algunos de los cuales en apariencia no tienen mucho que ver con la ansiedad.

Raíces históricas Como se notó previamente, el interés por aplicar los principios del aprendizaje al problema de la eliminación de los miedos fuertes se ha mantenido activo durante algunas décadas. Las demostraciones de Watson y Rayner acerca de que el miedo se podía aprender a través del condicionamiento (es decir, el caso de Albert) y de Mary Cover Jones acerca de que se podía desaprender por medio del mismo mecanismo (es decir, el caso de Peter) fueron excelentes ejemplos. Además, el teórico del aprendizaje Edwin Guthrie propuso varias técnicas basadas en el aprendizaje durante

la década de 1930 para destruir los hábitos desadaptativos. Por ejemplo, Guthrie sugirió que una de las maneras para sobreponerse al miedo era comenzar con un ejemplo del estímulo temido que fuera tan débil qué no ocurriera la ansiedad y luego de manera gradual ir aumentando la fuerza del estímulo hasta que se pudiera presentar con su fuerza completa sin que provocara alguna incomodidad (Guthrie, 1935). Durante la década de 1920, Johannes Schultz, un psicólogo alemán, desarrolló una técnica denominada "capacitación autogénica". Implicaba una combinación de la hipnosis, relajación y autosugestión mediante la cual los clientes se inducían a sí mismos determinados estados que eran incompatibles con las emociones de sufrimiento tales como la ansiedad.

Sin embargo, el primer paquete claramente definido de los tratamientos orientados en el aprendizaje social para el uso clínico sobre la reducción de la ansiedad fue la *desensibilización sistemática* de Joseph Wolpe. Wolpe describió este paquete de tratamiento en su obra de 1948, *La Psicoterapia mediante la inhibición recíproca* ("Psychotherapy by Reciprocal Inhibition"). Wolpe había estado realizando cierta investigación en África del Sur sobre las condiciones bajo las cuales los gatos podían desarrollar "neurosis experimental". Como Masserman (1943) que lo procedió, Wolpe encontró varias manifestaciones "neuróticas". Por ejemplo, después que los animales habían recibido choques eléctricos en repetidas ocasiones mientras comían, se resistían a que los introdujeran a las jaulas donde habían recibido los choques, y actuaban de una manera muy emocional y se negaban a comer cuando finalmente se les situaba en esas jaulas.

Wolpe razonó que si la ansiedad condicionada podía inhibir la conducta de comer, lo contrario también podía resultar cierto; el acto de comer podía inhibir la ansiedad condicionada (como había sucedido ya en el caso de Peter). Para la fortuna de los gatos, Wolpe tuvo razón. Al apoyarse en un principio que llamó la *inhibición recíproca,* dio de comer a los gatos con sus manos en las jaulas donde habían aprendido su ansiedad. De acuerdo con Wolpe (1958): "Si se puede hacer que ocurra una respuesta que sea antagónica a la ansiedad en la presencia de los estímulos que evocan la ansiedad de tal forma que se acompañe de una supresión completa o parcial de las respuestas de ansiedad, el vínculo entre estos estímulos y las respuestas de ansiedad se debilitará" (p. 71).

Muchos de los animales obtuvieron beneficios de este procedimiento y sus conductas emocionales se redujeron. Sin embargo, algunos gatos permanecieron "neuróticos". Wolpe trasladó estos gatos a habitaciones que se iban apareciendo cada vez menos a la habitación donde se había llevado a cabo el condicionamiento original hasta que estuvieron dispuestos a comer. Después que un animal era capaz de comer en uno de estos salones sin demostrar la ansiedad, Wolpe lo cambió a un lugar que se parecía un poco más al ambiente temido., Continuó este proceso de alimentar a los gatos en lugares que se asemejaban cada vez más a la situación del condicionamiento original hasta que fueron capaces de comer en la jaula misma por la que sentían temor.

ProcediimientosdedesensibUizadón Después de curar a sus gatos, Wolpe (1958) comenzó a extender sus métodos a los humanos que sufrían de una ansiedad desadaptativa

Su primer tarea fue encontrar una respuesta que fuera lo suficientemente incompatible con la ansiedad como para inhibir su ocurrencia indeseada. Seleccionó tres tipos de respuestas inhibidoras: la relajación muscular profunda, la autoafirmación interpersonal y la excitación sexual.[2] En cada caso se presuponía que el principio era el mismo: Las personas no se pueden sentir ansiosas mientras están relajadas o excitadas sexualmente o son autoafirmativas. La relajación muscular profunda se ha convertido en el inhibidor más popular en el tratamiento clínico relacionado con la desensibilización sistemática. Sin embargo, también se pueden emplear la autoafirmación o exicitación sexual, particularmente cuando la ansiedad que se va a inhibir se relaciona con problemas interpersonales o sexuales.

La técnica de relajación más común se denomina *entrenamiento en la relajación progresiva* (por ejemplo, Bernstein y Borkovec, 1973), una versión abreviada de un método que inició Jacobson en 1938. Se enseña al cliente a que se relaje física y mentalmente mediante una serie de ejercicios en los cuales se tensan durante unos segundos 16 diferentes grupos de músculos y luego se deja que descansen mientras el cliente se centra en las sensaciones de relajación que subsiguen. Cualquiera se puede dar una idea acerca de cómo se sienten estos ejercicios al apretar su puño durante cinco segundos y luego soltar la tensión de manera abrupta. El flujo de la relajación que se experimenta es una versión moderada de lo que se puede sentir al tensar y relajar los músculos a través de todo el cuerpo.

El entrenamiento en la relajación toma un periodo aproximado de 40 minutos cada sesión. Después de cuatro a seis sesiones y alguna práctica en la combinación de varios grupos de músculos, es posible que el cliente logre una relajación profunda en menos de diez minutos. La relajación se puede lograr mediante otros métodos si por alguna razón el cliente no puede llevar a cabo los ejercicios o el terapeuta prefiere otra técnica. En algunas ocasiones se emplea la hipnosis, como algunas drogas tales como el sodio methodhexitol.

El siguiente paso en la desensibilización es la introducción de las situaciones que provocan la ansiedad de una manera gradual. Wolpe usó dos tipos *de jerarquías* graduadas. Estas fueron las jerarquías *en vivo,* en las cuales a los clientes en realidad se les exponía a versiones de lo que temían, cada vez más amenazadoras, y jerarquías *imaginarias,* en las cuales los clientes se imaginaban o visualizaban una serie de escenas que les producían cada vez más miedo. En cada caso, el cliente determinaba el orden específico de las escenas reales o imaginarias. A menudo la construcción de una jerarquía es más difícil de lo que pudiera parecer. El problema principal reside en escoger las palabras y arreglar los reactivos de tal manera que cada uno provoque un poco más de ansiedad que el que le precedió. Un aumento muy grande en la excitación entre los reactivos dificultará el ascenso a través de la jerarquía, mientras que uno demasiado pequeño puede provocar una secuencia de tratamiento sumamente

[2]La conducta de comer no se ha abandonado como un inhibidor de la ansiedad. En un reporte de caso reciente (Tarler-Benlolo y Love, 1977), a una mujer que temía los encuentros sexuales con su marido se le instruyó que comiera su comida favorita, las nueces mecadamias mientras se aproximaban una mayor intimidad sexual. La técnica funcionó, se descubrió una nueva forma de sexo oral, y en seguida brotó una serie de chistes acerca de la nueces.

larga y aburrida. En el Cuadro 10-1 se presenta una jerarquía imaginaria para la desensibilización.

Los clínicos hoy en día emplean jerarquías imaginarias, a menudo debido a la conveniencia que proporcionan. Obviamente es mucho más fácil y económico pedirle a una persona que le tiene fobia a los submarinos que se imagine la sumersión de un crucero en lugar de hacer un viaje al fondo del mar. A menudo las jerarquías en vivo son más codiciadas, sin embargo, y se han utilizado de una manera exitosa cuando se emplean solas, o en combinación con los estímulos imaginarios (por ejemplo, Bernstein y Beaty, 1971; MacDonald y Bernstein, 1974).

Después del entrenamiento en la relajación y la construcción de la jerarquía, la desensibilización en sí comienza. En los procedimientos imaginarios, el cliente se

Cuadro 10-1 Ejemplo de una jerarquía de desensibilización

A continuación se presenta un ejemplo de una jerarquía de desensibilización que utilizó James Geer (1964) en su tratamiento de una joven de 17 años, de bachillerato, que tenía "un miedo morboso a que se llenara de piojos su cabello". Los números que se encuentran entre paréntesis indican la(s) sesion(es) de la desenslbllización durante la(s) cual(es) se presentó ese reactivo.

1 Escribir las palabras "insecto" y "piojo". (1)
2 Mientras estás leyendo en la escuela notas un pequeño insecto sobre el libro. (1)
3 Mientras caminas por la banqueta observas un peine en un basurero. (1)
4 Estás viendo la televisión en casa cuando aparece un anuncio acerca de un champú para eliminar la caspa. (2)
5 Estás leyendo un artículo del *Selecciones* que describe en gran detalle cómo se detectó y curó un caso de piojos. (2)
6 Ves la cubierta de tu escritorio y obsevas varios pasadores del cabello encima del pupitre. (3)
7 Estás en up almacén y la vendedora te está probando un sombrero. (3)
8 En una tienda te piden que te dejes probar una peluca y tú accedes. (3)
9 Estás viendo una película y pasan una escena donde les están quitando los piojos a varias personas. (4, 5 y 6)
10 En la escuela, en la clase de higiene, la maestra habla sobre los insectos y piojos que se su ben al cabello de las personas. (4 y 5)
11 Una muchacha pone su pañoleta sobre tu pierna. (5)
12 En un baño público, tocas el asiento de una cómoda. (6)
13 Está en un salón de belleza y te están prendiendo el cabello. (6)
14 Una muchacha que se sienta en frente de ti en el salón de clase se inclina para atrás y se acuesta sobre tus libros. (6 y 7)
15 Platicando con tu hermana en casa, ella te dice que usó el peine de otra persona ese día. (7 y 8)
16 Estás en la cafetería y una amistad te dice que ella tuvo un incidente de piojos. (8 y 9)
17 Te estás peinando en un baño público y alguien te pide que le prestes tu peine. (9)
18 Una persona extraña te pide que les prestes tu peine y te pregunta por qué no cuando te niegas. (9)
19 Mientras estás parada observando la vitrina de una tienda, alguien se acerca de tal forma que su cabeza queda cerca de ti para observar también. (10)
20 Una persona extraña en el baño de la escuela te pide que le detengas su peine. (-10)
21 Tu hermana te está arreglando el cabello y se le caen los prendedores al piso, los levanta y los usa sobre tu cabello. (11)
22 Una persona extraña nota que tienes enredado el cabello y trata de ayudarte al introducir tu .peine sobre tu cabello. (11)

relaja y se le pide que se visualice de la manera más realista que pueda al reactivo más fácil de la jerarquía. Si el cliente es capaz de imaginarse la escena sin sentir la ansiedad durante diez segundos, se presentará la siguiente escena. Sin embargo, si llega a experimentar alguna ansiedad, el cliente lo indica al terapeuta por medio de alguna señal que hayan acordado con anterioridad (por ejemplo, levantar el dedo índice), y se le ordena que deje de visualizar la escena. Después que haya recobrado la relajación completa, de nuevo se le pide al cliente que se imagine el reactivo por una duración más corta (por ejemplo, de tres a cinco segundos). Las duraciones de la visualización se aumentan de una manera gradual hasta que el cliente se lo imagina dos veces por el tiempo completo que se desea sin experimentar la ansiedad. Se continúa esta secuencia general hasta que el cliente es capaz de tolerar todos los reactivos.

Se considera que la inhibición de la ansiedad relacionada con las escenas imaginarias se transferirá de una manera gradual a sus equivalentes de la vida real, pero se le insiste al cliente que se enfrente a las contrapartes del mundo real de las escenas visualizadas con el fin de consolidar y reforzar su avances y evaluar la generalidad de los efectos del tratamiento. Por lo general, la terminación de la jerarquía toma entre tres y cinco sesiones, a pesar de que es posible que se termine una jerarquía corta en una sola sesión.

Aplicaciones La desensibilización sistemática se ha aplicado a casi todos los tipos de miedos, inclusive de los lugares altos y bajos, espacios cerrados y abiertos; lo que equivaldría a una arca de Noé llena de mamíferos, reptiles, pájaros, insectos y pescados; encuentros con mujeres, hombres, extraños y con el polvo, el ruido y la muerte. Hasta se ha utilizado la desensibilización para aliviar los temores menos comunes que parecerían inventados por el comediante Woody Alien. Estos incluyen el miedo a los globos, el viento, el año 1952, las plumas, los violines, camisas sucias y personas de baja estatura.

La desensibilización también se emplea en los casos en los que la ansiedad no es obvia de manera inmediata. Por ejemplo, cuando la ansiedad hace que los patrones complejos y coordinados de determinado comportamiento se interrumpan, los clientes se pueden concentrar en la interrupción en sí y no en la ansiedad que la produce. Las quejas acerca de una falta de habilidad para concentrarse, una pobre memoria, la confusión, la falta de fluidez para hablar, la disfunción sexual, o el empobrecimiento de las habilidades motoras (por ejemplo, escribir a máquina) a menudo se pueden tratar mediante la desensibilización de las situaciones que estimulan la ansiedad inicial. De una manera semejante, la aparición de ciertos tipos de conductas desadaptativas, extravagantes o aparentemente irracionales tales como la amnesia, obsesiones, compulsiones, delirios, parálisis por histeria, abuso de drogas, alcoholismo, o prácticas sexuales raras a menudo se encuentran motivadas por los esfuerzos para evitar determinados estímulos o situaciones que provocan ansiedad.

Por último, la ansiedad prolongada puede producir un verdadero *daño físico* a varios sistemas de órganos y dar como resultado algunos desórdenes "psicosomáticos" o psicofisiológicos (por ejemplo, úlceras). En otros casos, la ansiedad puede producir síntomas físicos tales como dolores de cabeza, presión sanguínea alta o fatiga crónica.

Si ya sucedió un verdadero daño, desde luego se requiere algún tratamiento médico pero en cualquier caso, la reducción de la ansiedad a través de la desensibilización puede ayudar a eliminar uno de los factores que provocan estos problemas.

Variaciones de la desensibilización La popularidad y efectividad de la DS han conllevado a una proliferación de métodos basados en ella. Se ha utilizado la *Desensibilización de grupo* durante algún tiempo en situaciones en las que varios clientes comparten un miedo en común. En la desensibilización de grupo, se utiliza una misma jerarquía para todos los clientes y el ascenso a través de la jerarquía lleva el ritmo del integrante más lento.

Es probable que la desensibilización en vivo sea la variante más popular de la DS. Como se mencionó previamente, en ésta se expone al cliente a los objetos o situaciones reales que provocan la ansiedad y se van presentando de una manera gradual, a menudo en los ambientes de la vida real. Con frecuencia se eliminan los procedimientos típicos de ralajación en la desensibilización en vivo debido a lo impráctico que resultaría pedirle a un cliente que deambulara, digamos, en un zoológico o aeropuerto manteniendo al mismo tiempo sus músculos completamente relajados. Como opción a esto, los terapeutas pueden actuar como inhibidores de la ansiedad acompañando a sus clientes en los "paseos al campo" en vivo. En algunas ocasiones se le pide al cliente que se ocupe de alguna conducta que sea incompatible con una ansiedad intensa. Una aplicación interesante de esta última aproximación fue pedirle a un cliente que tenía fobia aguda a los elevadores que comiera una comida exquisita de varios platillos en el elevador mientras que éste ascendía y descendía (Bryntwick y Solyom, 1973).

La relajación controlada por señales es otro medio que se emplea para inhibir la ansiedad en los ambientes de la vida real, ya sea como parte de la desensibilización en vivo o de algún tipo de procedimiento para el manejo del "stress" (tensión). La técnica implica primero entrenar al cliente en la relajación progresiva típica. Después que se relaje de manera absoluta, se le instruye al cliente para que localice con un volumen imperceptible (para sí mismo) una *palabra* que le sirva de *señal* como "calma" o "relájate" cada vez que exhala la respiración. El terapeuta pronuncia la palabra que sirve de señal junto con el cliente durante varios ensayos y luego el cliente lo continúa solo durante varias ocasiones más. Después que lo haya practicado rfurante unas semanas, se le presenta al cliente algún estímulo que tema (real o imaginario) en la oficina o se le pide que inhale profundamente y vocalice para sí mismo la palabra que sirve de señal al exhalar. Si se logra la relajación, se alienta al cliente para que utilice la señal para prevenir o tolerar su ansiedad desadaptativa en los encuentros de la vida real.

Efectividad y **otros temas de investigación** En cuanto a la efectividad de la DS, Gordon Paul concluyó que "por primera vez en la historia de los tratamientos psicológicos, un paquete terapéutico particular producía beneficios sistemáticos para los clientes que se podían medir a través de una amplia variedad de problemas que provocan sufrimiento y en los que la ansiedad tenía una importancia fundamental" (Paul, 1966b, p. 159). La conclusión de Paul se ha evaluado de nuevo a través de los años (por ejemplo, Davison y Wilson, 1973) y el resultado es que por lo

general los clínicos con una orientación basada en el aprendizaje social confían en la efectividad de la desensibilización, en especial cuando se dirige hacia su blanco más apropiado: la ansiedad condicionada, desadaptativa y pura.

La pregunta principal de investigación relacionada en la actualidad con la desensibilización no es tanto *si* es efectiva cuanto *por qué* lo es. Una gran cantidad de experimentos han objetado la explicación original sobre el contracondicionamiento de Wolpe y muchos terapeutas conductuales ya no coinciden con ella (Kzadin y Wilcoxon, 1976; Wilkins, 1971). Se ha propuesto varios mecanismos como explicaciones opcionales sobre el éxito de la desensibilización. Entre los más populares se encuentran los siguientes:

1 La desensibilización depende de los *factores cognitivos* que modifican la manera como el cliente piensa acerca del objeto temido. Por ejemplo, la técnica puede producir una creencia firme o una *expectativa* acerca de que se puede superar el miedo. De esta manera, la credibilidad de la desensibilización garantiza su éxito como tratamiento (por ejemplo, Marcia, Rubin, y Efran, 1969).

2 El tratamiento actúa como un *reforzador social* de las respuestas que no implican el miedo del cliente (por ejemplo, Leiternberg, Agras, Barlow y Oliveau, 1969).

3 A medida que el cliente reconoce su avance a través de la jerarquía, la con ducta no fóbica futura se ve apoyada por medio del *autoreforzamiento* (por ejemplo, Meichenbaum, 1972).

4 Los clientes aprenden a *cambiar su atención* de las propiedades amena zadoras a las que no amenazan de las situaciones fóbicas (por ejemplo, Wilkins, 1971).

5 La ansiedad se *extingue* a través de la presentación de los estímulos emocionales condicionados (escenas de la jerarquía) sin las consecuencias aversivas (por ejemplo, D'Zurilla, Wilson y Nelson, 1973; Lader y Mathews, 1968).

Faltan cientos de experimentos de investigaciones para que se llegue a resolver el asunto del mecanismo que explique los efectos que produce la desensibilización (consúltense la revisión de Davison y Wilson, 1973; Kazdin y Wilcoxon, 1976; Wilson y Davison, 1971). Tampoco es seguro que la investigación futura sea más contundente. De cualquier manera, la desensibilización sistemática ahora ocupa el lugar de una de las técnicas de tratamiento mejor validadas de las que puede disponer el psicólogo clínico.

El "flooding" y la implosión

Como la desensibilización, el "flooding" es una técnica que se emplea para reducir la ansiedad pero, de una manera diferente a la desensibilización, implica la exposición *extensa* de un cliente que *no está relajado* a unos estímulos de *alta* intensidad que provocan la ansiedad. El "flooding" se basa en el principio de la extinción, es decir, que los estímulos condicionados al miedo pierden su calidad de aversiva de una manera gradual cuando se expone al cliente a ellos de una manera repetida o

continua sin que en realidad se presenten las consecuencias dañinas. En él "flooding" no se permite a las personas que eviten o escapen de la situación que temen con el fin de ayudarlas a aprender que la situación en verdad no es amenazadora. El "flooding" se parece un poco a la técnica basada en el sentido común de "o nadas o te ahogas" mediante la cual se lanza a un niño que teme al agua a la parte profunda de una alberca (con la esperanza de que se extinga el miedo y no el niño). La *implosión* o terapia implosiva es un procedimiento muy semejante al "flooding". La diferencia principal está en que en la implosión a menudo se presentan estímulos de situaciones de miedo más intensos que aquellos que se encuentran en la vida diaria y en algunas ocasiones se incluye algún material que la teoría psicoanalítica sugiere que sería importante en la producción del miedo (Stampfl y Levis, 1973). Por ejemplo, en el tratamiento de alguien que teme a los sapos, es posible que el terapeuta implosivo utilice escenas imaginarias de sapos junto con otras que representen la castración, los conflictos edípicos, el rechazo paterno y el daño físico.

Orígenes históricos Kazdin (1978) señala que el "flooding" tuvo su origen moderno en dos tipos de experimentos de laboratorio. El primero fue el trabajo de Masserman sobre la neurosis experimental en el que demostró que la ansiedad inducida de manera experimental en un animal se podía eliminar al obligarlo a que regrese a la situación temida. Los experimentos sobre el aprendizaje de evitación también apoyan el valor terapéutico de la exposición obligatoria (por ejemplo, Solomon, Kamin y Wynne, 1953).

A pesar de que se dispone de pocas referencias sobre otras técnicas que se parezcan al "flooding" en la literatura clínica inicial, sin lugar a duda existieron métodos semejantes que se emplearon de una manera asistemática durante muchos años. Los aforismos tales como "enfrenta tus temores", "la única cosa a la que hay que tenerle miedo es al miedo mismo", y "dale la cara al miedo" se apoyan en la misma lógica que el "flooding".

Procedimientos del "flooding" Por lo general, el flooding se conduce de una manera imaginaria, a pesar de que sí se puede llevar a cabo en vivo. En cualquiera de los dos casos, la duración del tiempo de exposición debe ser lo suficientemente larga como para que se pueda empezar a desvanecer la ansiedad. Nunca se debe terminar la exposición mientras el cliente aún esté experimentando la ansiedad, ya que esto reforzaría la conducta de evitación. Las sesiones de "flooding" por lo general duran de 45 minutos a una hora, a pesar de que en algunas ocasiones es necesario que duren hasta dos horas y más para que se note una disminución en la ansiedad. En el Cuadro 10-2 se proporciona un segmento de una sesión de implosión.

Aplicaciones El "flooding" a menudo se utiliza con los problemas en que la desensibilización ha fallado. El "flooding" parece ser especialmente popular en el problema de la agorafobia. La traducción literal de agorafobia es "miedo al mercado público" pero de acuerdo con su uso actual significa el miedo a los lugares públicos, en especial a los que están congestionados de gente o los que están com-

pletamente solos. Los agorafóbicos clínicos por lo común son mujeres que presentan un conjunto relacionado de síntomas incluyendo algunos ataques de pánico, depresión, miedo de alejarse de cualquier lugar que representa una seguridad, despersonalización, y "miedo al miedo" (Goldstein y Chambless, 1978). El "flooding" también se emplea con frecuencia en los desórdenes obsesivo-compulsivos.

La efectividad y otros temas de investigación A pesar de que la investigación empírica no ha aislado el mecanismo exacto que es responsable de la efectividad del "flooding", el esfuerzo principal de la experimentación se dirigido a la comparación de la desensibilización con el "flooding" con el objeto de descubrir cuál es la técnica más efectiva (Barret, 1969; DeMoor, 1970). Aún no se ha resuelto esta inquietud, y es posible que nunca se solucione. Como ninguna de las dos técnicas ha demostrado ser superior de una manera uniforme, probablemente sea justo afirmar que la mayoría de los terapeutas conductuales prefieren la desensibilización. Esta preferencia se puede basar en varios factores, entre los cuales desde luego no es el menos importante la creencia convencional acerca de que la desensibilización es menos entrometida y provoca menos incomodidad que el "flooding".

Entrenamiento autoafirmativo

La década de 1970 ha adquirido la reputación de la década de la independencia individual, una época que se comprometió a alcanzar el individualismo (o egoísmo) y a menudo se le ha criticado por lo que algunos llamarían sus preocupaciones narcisistas. Un testimonio parcial de este carácter del periodo es la abundancia de los

Cuadro 10-2 Ejemplo de la terapia implosiva

A continuación se presentan algunos extractos de una sesión transcrita de la terapia implosiva con una persona que tenia fobia a las serpientes. Estas citas deben proporcionar alguna idea acerca de cómo se practican las técnicas implosivas así como la razón por la cual la mayoría de los clínicos rara vez las emplean.

> Cierra tus ojos de nuevo. Imagínate que hay una serpiente en frente de ti, y oblígate a levantarla. Agáchate, levántala, ponía sobre tu regazo, siente cómo se escurre, ponía sobre tu mano y siente cómo se mueve de una forma escurridiza. Explora a medias su cuerpo con tus dedos y mano. No te agrada, oblígate a hacerlo. Oblígate a hacerlo. . .
>
> Déjala, deja que te muerda el dedo. Extiende tu dedo, deja que muerda tu dedo, siente como sus dientes se clavan sobre tu dedo. Ooooh, siente cómo el dolor asciende sobre tu brazo y hombro. Quieres quitar tu brazo, pero lo dejas ahi.
>
> Bueno, siente como merodea por tu mano nuevamente, te toca, ahora está resbalando, está subiendo por tu hombro en este momento y se arrastra ahi y se sienta sobre tu pecho y dirige su mirada directamente a tus ojos. Está grande y es negra y fea y está enredada en circuios y está lista para atacar y te está viendo.
>
> Siente cómo te muerde, agacha y acércale la cabeza, deja que te muerda la cara, deja que muerda todo lo que quiera. Siente cómo muerde, está acercando su cabeza, su pequeña cabeza a tu oreja y la aprieta y muerde. Siente cómo te clava la oreja.

Fuente: Hogan, 1968, pp. 427-428.

libros de autoayuda que impelan a las personas a que se dediquen a sus propios intereses (en inglés, "do your own thing"), exploren sus zonas erógenas (y las de los demás), sean agresivos de una manera creativa, y digan "no" sin sentirse culpables. Aunque en algunas ocasiones se ha identificado *la capacitación autoafirmativa*, como la contribución de la terapia conductual a este fenómeno de autopromoverse, sin embargo es más que otra manifestación de la "generación del 'yo'", además de una herramienta clínica importante cuyos beneficios para muchos clientes se extienden más allá de los límites de las corrientes sociales de moda en la actualidad.

De una manera contraria a la creencia popular, la autoafirmación no es solamente la agresión o la habilidad para defender los propios derechos. Su mejor definición es *la expresión apropiada de los sentimientos por medio de conductas que no violan los derechos de los demás* (Alberti y Emmons, 1974; Wolpe y Lazarus, 1966). Por consiguiente, decirle a tu jefe que no estarás de acuerdo con alguna petición de su parte que no sea razonable requiere una conducta autoafirmativa, pero también lo requiere la comunicación a tus amigos de que estabas conmovido por su manifestación reciente de compasión. La autoafirmación no es lo mismo que la agresión. Responderle a la persona que se coloca delante de uno en la fila para pagar en un supermercado con la expresión: "Discúlpeme, pero aquí va la cola; por favor espere hasta que le toque a usted", es una conducta autoafirmativa. La expresión "quítese idiota de aquí antes de que yo le pegue con este pavo" es una conducta agresiva y no constituye una meta del entrenamiento autoafirmativo. Por último, la autoafirmación no excluye la amabilidad o el altruismo. Un individuo autoafirmativo hará sacrificios por ayudar a los demás ("puede pasarse delante de mí; yo no tengo prisa"), pero *únicamente* debido a que él o ella desea actuar de esa forma y no porque tiene miedo a expresar que está en desacuerdo.

Con demasiada frecuencia, las personas saben exactamente qué es lo que deben decir y hacer en una situación social difícil (y después se arrepienten por no haberlo dicho o hecho) pero, debido a pensamientos tales como "No tengo derecho a hacer un escándalo" o "No le caeré bien si le muestro que no estoy de acuerdo", sufren en silencio. Los resultados comunes son aumento en la torpeza social, culparse a uno mismo de manera continua y, en algunas ocasiones, diferentes grados de depresión. El entrenamiento autoafirmatiyo se elaboró con el fin de (1) enseñar a los clientes la manera cómo deben expresar apropiadamente lo que piensan o sienten (si aún no poseen las habilidades), o (2) eliminar los obstáculos cognitivos para expresarse de una manera clara. Por lo común los beneficios incluyen una sensación general de bienestar y el establecimiento de los patrones de pensamientos y conducta manifiesta de ayudar al cliente a lograr las recompensas sociales y materiales, inclusive una satisfacción mayor de la vida (Rimm y Masters, 1979).

Orígenes históricos Varios procedimientos iniciales anticiparon al entrenamiento autoafirmativo. Por ejemplo, el psicodrama de Moreno (1946) utilizaba las técnicas de la práctica simulada que alentaban a los participantes a que actuaran de una manera espontánea y expresaran sus sentimientos con mayor libertad. En la *terapia del papel adjudicado* ("fixed role"), de George Kelly (1955), se pedía a los clientes que asumieran el "papel" o la forma de actuar de algún modelo de cuya

perspectiva sobre la vida y conducta estaban menos inhibidos y constreñidos que el suyo propio (véase el Cap. 11). Por medio de este tipo de identificación, se esperaba que el cliente aprendiera los beneficios de la conducta que hoy en día se describiría como autoafirmativa.

Andrew Salter fue el primero que ofreció una descripción sistemática del entrenamiento autoafirmativo en su libro, *La terapia del reflejo condicionado* ("Conditioned Reflex Therapy", 1949). Salter prescribió una serie de técnicas *excitatorias* para los clientes "inhibidos." Entre estos métodos se encontraban la utilización del "habla sentimental" (por ejemplo, "Me chocan los cuervos"), la expresión de la opinión contradictoria, el "habla facial" (que las expresiones faciales concuerden con las emociones), la improvisación, el reconocimiento y aceptación de los cumplidos, y el empleo del pronombre "yo" en la conversación.[3]

Sin embargo, Joseph Wolpe fue el personaje más influyente para la evaluación del entrenamiento autoafirmativo, quien ya en el año 1949 abogaba por la utilización de la conducta autoafirmativa como un inhibidor de la ansiedad. Wolpe encontró que las respuestas autoafirmativas eran particularmente efectivas para la reducción de la ansiedad interpersonal y comenzó a entrenar a sus clientes en ciertas prácticas autoafirmativas. El desarrollo del entrenamiento autoafirmativo ha sido explosivo en los años recientes, como lo atestigua la multitud de libros, artículos, talleres y cursos que se dedican a esta técnica. Pero la popularidad del entrenamiento autoafirmativo no le ha restado utilidad en la situación clínica, y en la actualidad sigue siendo un componente sólido del tratamiento basado en el modelo del aprendizaje social.

Procedimientos del entrenamiento autoafirmativo En contraste con las otras técnicas que se han analizado en este capítulo, no se ha elaborado de una manera clara un conjunto particular de procedimientos del entrenamiento autoafirmativo. En lugar de esto se emplea una amplia variedad de métodos. Aunque se puede realizar en la entrevista individual, a menudo el entrenamiento autoafirmativo se lleva a cabo en pequeños grupos y típicamente incluye cuatro componentes generales: (1) la definición de la autoafirmación y la distinción entre la autoafirmación y la agresión y la sumisión, (2) la discusión e identificación de los derechos del cliente y los derechos de las demás personas en una variedad de situaciones sociales, (3) la identificación y eliminación de los obstáculos cognitivos para actuar de una manera autoafirmativa, y (4) el desarrollo o práctica de la conducta autoafirmativa (Lange y Jakubowski, 1976).

El último componente por lo general comienza con la realización de algunas prácticas simuladas o ensayos de varias interacciones sociales, donde el terapeuta a menudo actúa como si fuera el cliente y le modela las respuestas autoafirmativas apropiadas. En seguida, el cliente intenta llevar a cabo la misma conducta. Se refuerza este intento por parte del cliente y se hacen recomendaciones para que mejore aún más. Después de realizar una mayor cantidad de ensayos cada vez más

[3]Estas técnicas forman parte de la terapia gestal y otros enfoques de la orientación fenomenológica que se analizará en el capítulo 11.

refinados, se le pide al cliente que pruebe los pensamientos y acciones nuevos en los ambientes de la vida real. Luego, se comentan y analizan los éxitos y fracasos que hayan experimentado durante las sesiones, donde nuevamente se desarrollan y practican habilidades nuevas y con pequeñas modificaciones. Continúa esta secuencia hasta que desaparece la necesidad de un mayor entrenamiento.

Aplicaciones Muchos tipos diferentes de clientes pueden obtener beneficios del entrenamiento autoafirmativo, a pesar de que solamente una cantidad reducida llega a la oficina del terapeuta solicitándolo. Como parte de una intervención clínica completamente frecuente se ha ayudado a las parejas que sufren de una falta de armonía conyugal, a los estudiantes universitarios que tienen problemas interpersonales, a los adultos tímidos e introvertidos, a los alcohólicos, personas que abusan de las drogas, psicóticos retraídos, y personas que se apoyan en la agresión para obligar a que los demás cumplan con lo que ellos desean por medio del entrenamiento autoafirmativo.

La **efectividad** y **otros temas** de **investigación** Desde el final de la década de 1960, la investigación sobre los efectos del entrenamiento autoafirmativo ha gozado de gran popularidad entre los clínicos con una orientación basada en el modelo del aprendizaje social. La mayor parte de este trabajo se ha realizado con estudiantes universitarios o pacientes psiquiátricos internos y ha intentado estimar la efectividad relativa de los componentes del modelamiento, o aprendizaje por modelos, del ensayo conductual y de la retroalimentación del entrenamiento autoafirmativo. Aun cuando los resultados son complejos y difíciles de resumir, parecería que casi cualquier técnica basta para producir los cambios conductuales en los estudiantes universitarios. Parece ser que los pacientes psiquiátricos requieren un paquete de tratamiento más elaborado en el que el modelamiento puede tener una importancia especial (véase a Bellak y Hersen, 1977).

A pesar de que la mayor parte de la investigación demuestra que los sujetos que reciben algún tipo de entrenamiento tienen un rendimiento mejor que aquellos que reciben un tratamiento placebo o que no reciben tratamiento, ha costado trabajo demostrar que la conducta autoafirmativa que se adquiere se transfiere a los ambientes reales. Pocos estudios han examinado el tema de la generalización de los efectos del tratamiento. Aquellos que sí lo han hecho (Hersen, Eisler y Miller, 1974; Kazdin, 1974, McFall y Marston, 1970; Nietzel, Martorano y Melnick, 1977) a menudo se decepcionan al descubrir una cantidad pequeña de transferencia de la autoafirmación que se desarrolló de manera reciente durante el entrenamiento.

La investigación en el campo de la autoafirmación ha recibido una cantidad considerable de criticas. Una preocupación central es que casi toda se ha limitado a la autoafirmación negativa o de "repulsa" que implica una insatisfacción y un "no" a peticiones que no son razonables (véase el Cuadro 10-3). La autoafirmación en la que el cliente comunica sentimientos positivos, da y recibe cumplidos, o expresa sentimientos de ternura en su mayor parte se ha ignorado o se añade a un estudio como un comentario final.

Cuadro 10-3 Ejercicios de capacitación autoafirmativa

Las situaciones del entrenamiento que se utilizan en la mayoría de la investigación acerca de la autoafirmación se concentran sobre lo que a menudo se denomina autoafirmación de "negación" 0 "rechazo" y son semejantes a las que se emplean para evaluar la autoafirmación (véase el Cap. 7). A continuación se presentan tres ejemplos que provienen de la investigación propia de los autores.

1 Acabas de mudarte a un departamento nuevo con dos amigos. Han estado buscando a una cuarta persona para que viva con ustedes. Los dos amigos se te acercan y te informan que ya encontraron a la cuarta persona. Resulta que el compañero de departamento que proponen es alguien que a ti te desagrada.
2 Estás comiendo en un restaurante elegante con algunos amigos. Llega el mesero y tú ordenas un pedazo de carne, se la pides "cruda". Un poco después, el mesero te trae la carne, y descubres que está cocida. El mesero te pregunta: "¿Desea alguna otra cosa?"
3 Sales de tu trabajo algo tarde el viernes. Vas de prisa a casa porque has hecho planes con unos amigos de salir a cenar. En la puerta de la oficina, tu jefe te detiene y te dice: "Me gustaría que te quedaras un par de horas más esta noche porque tenemos un trabajo que debemos terminar para mañana."

Fuente: Nietzel, Martorano y Melnich, 1977.

El modelamiento

Un mecanismo muy importante de la teoría del aprendizaje social es el *modelamiento* o el aprendizaje mediante observación. Bandura (1969) sostiene que "casi todos los fenómenos que resultan de las experiencias directas pueden ocurrir de una manera vicaria observando la conducta de las otras personas y las consecuencias que ellos obtienen" (p. 118). En muchos casos, el aprendizaje a través del modelamiento es mucho más eficiente y efectivo que el aprendizaje por medio del reforzamiento directo. La observación de los modelos competentes puede eliminar los peligros de las consecuencias negativas de la conducta de ensayo y error que no es guiada (¡imagínese el desastre que sería que todas las personas tuvieran que recibir un golpe de un automóvil para que aprendieran a cruzar las calles con precaución!). Las conductas muy complejas tales como hablar requieren de modelos apropiados, como también es el caso de las cadenas largas y elaboradas de la conducta motora como el conducir un automóvil. Desde luego, *se pueden* desarrollar muchas conductas a través de la experiencia y reforzamiento directo, pero con frecuencia se abrevia el proceso del aprendizaje mediante la oportunidad de observar la ejecución de algunos modelos.

Además de que facilita el desarrollo de las conductas nuevas, el modelamiento tiene otros dos efectos (Bandura, 1969). La observación de las consecuencias que recibe el modelo por su conducta puede *inhibir* o *desinhibir* la conducta imitativa del observador (¿acariciaría alguien a un perro que acabara de morder a un amigo?). La observación de la conducta de los demás también puede *facilitar* que se lleven a cabo conductas semejantes que ya estuvieron presentes en el repertorio del observador (un ejemplo común es el formarse en fila).

Orígenes históricos Por mucho tiempo se ha reconocido la influencia del modelamiento sobre la conducta. Lloyd Morgan (1896) y Gabriel Tarde (1903), el juez y sociólogo francés, propusieron varias teorías psicológicas de la imitación. Tarde desarrolló una teoría de la criminalidad que se basó en la idea de que la conducta criminal se adquiere casi exclusivamente por medio de la imitación. Estos primeros teóricos consideraron que la imitación era característica innata de los seres humanos. Posteriormente, los psicólogos comenzaron a explicar el modelamiento con los términos del condicionamiento (Allport, 1924) y principios del reforzamiento (Miller y Dollard, 1941).

La sustitución de las teorías del instinto por las teorías que acentuaban la importancia de las variables del aprendizaje, como se observó anteriormente, fue un rasgo predominante de la psicología norteamericana en general, durante la primera mitad del siglo veinte. En el laboratorio, Wolfgang Kohler, uno de los fundadores de la psicología gestalt, demostró que los chimpancés imitarían a otros chimpancés y a los seres humanos, en particular en aquellas situaciones que les eran familiares. L. W. Colé sostuvo alguna evidencia de la imitación entre los mapaches (Boring, 1950).

El lector ya se familiarizó con uno de los ejemplos terapéuticos originales del modelamiento a través del empleo de la *imitación social* de Jones (1924a, b) para que los niños superaran su miedo condicionado. Bandura (1969) también atribuye a Masserman (1943) la primera utilización inicial del modelamiento con el fin de remediar las neurosis experimentales que se produjeron en los animales del laboratorio. De acuerdo con Bandura, la oportunidad que se ofreció a los animales inhibidos de poder observar a un compañero de jaula que no tenía temor, en el estudio de Masserman fue una condición suficiente para reducir la conducta de evitación en algunos de ellos.

Procedimientos del modelamiento Se ha utilicado el modelamiento para tratar muchos diferentes tipos de problemas clínicos incluyendo el aislamiento social entre los adultos y los niños, las conductas obsesivo-compulsivas, la falta de autoafirmación, la conducta antisocial (inclusive la agresión física), y el autismo infantil temprano (véase a May, 1976). Sin embargo, es probable que su uso más común sea en el área de la reducción de miedos.

En su forma más sencilla, un uso del modelamiento para la eliminación de una evitación fóbica implicaría que un cliente observe una presentación en vivo o simbólica (en película o videocinta) en la que un modelo o más llevan a cabo la conducta que evita el cliente pero sin temor alguno. Las consecuencias observables que reciben los modelos siempre son positivas, o por lo menos no son negativas.

Se ha desarrollado una amplia variedad de modificaciones del paquete básico del modelamiento. La modificación más común es la que se denomina *modelamiento partícipe*. En este procedimiento, se sustituye el modelaramiento en vivo al dar al cliente una oportunidad para efectuar el contacto acompañado y gradual con el objeto temido bajo determinadas circunstancias controladas o protegidas. Este contacto con el uso de una guía puede recibir mayor apoyo a través de la utilización de las *técnicas auxiliares para la inducción de la respuesta*, las cuales son herra-

mientas o procedimientos especiales que facilitan las respuestas temidas o por lo menos disminuyen su carácter amenazante. Por ejemplo, Bandura Jeffery y Wright (1974) reportaron que las técnicas auxiliares de inducción tales como el uso de guantes o la asistencia física de otra persona aumentaba la efectividad del modelamiento para reducir el miedo que los clientes tenían a las serpientes.

Otra innovación reciente de las técnicas de modelamiento es el *modelamiento encubierto* (Kazdin, 1974). En éste, los clientes observan las actividades de determinados modelos terapéuticos *imaginados* por ellos en lugar de mirar las manifestaciones en vivo o por videocinta. El paquete encubierto básico consiste en tres componentes: imaginarse las situaciones donde se espera que se experimente el miedo; imaginarse a una persona o más manejar estas situaciones de una manera tranquila, e imaginarse que el modelo recibe consecuencias favorables por su acción.

Efectividad y otros temas de investigación En su mayor parte, la investigación sobre los resultados del modelamiento para reducir el miedo y otras metas ha demostrado que es un método efectivo para producir cambios benéficos (por ejemplo, Bandura. 1971; Rosenthal, 1976). Aún no se han contestado muchas dudas, desde luego, pero de cualquiera forma sería justo concluir que las técnicas del modela-



Estas láminas pertenecen a una película de modelamiento para el tratamiento de la fobia a las serpientes. La película presenta a varios niños y adultos que interactúan con una serpiente rey en situaciones cada vez más amenazadoras. (De *A. Bandura, E.B. Blanchard* y *B. Ritter,* Journal of Personality and Social Psychology, *1969, 13, 173-199. Copyrigh del American Psychological Association. Reimpreso con permiso.)*

miento son muy prometedoras para el tratamiento de los problemas con los cuales se han aplicado.

Un interés principal de una gran parte de la investigación actual sobre el rao-delamiento es la experimentación acerca de algunas variaciones de los procedimientos que se crearon con el fin de incrementar la efectividad del paradigma del modelamiento. Dos ejemplos importantes son el modelamiento partícipe y el encubierto. Otra investigación ha demostrado que los observadores se ven influidos en especial por los modelos que comparten características con ellos, por los modelos que tienen algún prestigio, por los modelos que reciben recompensas por sus acciones, y por los modelos múltiples o varios modelos (Bandura, 1969).

En una variación muy interesante del procedimiento del modelamiento acostumbrado, Meichenbaum (1971) propuso que la manifestación de alguna conducta temerosa por parte de los modelos en realidad podría aumentar los efectos positivos del modelamiento si se presentaba como una parte inicial de una demostración más completa en la cual el modelo finalmente tolera la situación temida y logra superar el miedo. Le denominó a esta técnica el *modelamiento de tolerancia* y consideró que fortalecería los efectos del tratamiento debido a que acrecentaba la semejanza entre el observador y el modelo y proporcionaba una información útil acerca de cómo se puede manejar de una manera exitosa el miedo. A pesar de que no ha recibido un apoyo universal, en algunos estudios se ha repetido el hallazgo de Meichenbaum (1971) acerca de que los modelos que gradualmente van dominando la situación producen efectos más poderosos que los "modelos maestros" los cuales manifiestan una absoluta competencia y total ausencia de miedo (por ejemplo, Kazdin, 1973).

Terapia aversiva

La terapia aversiva es un conjunto de técnicas que utilizan estímulos dolorosos y desagradables con el objeto de disminuir la probabilidad de que se produzca alguna conducta indeseada. El abuso de las drogas, alcoholismo, comer en exceso, fumar y prácticas sexuales que molestan a la persona son algunos de los problemas típicos a los cuales se dirige la terapia aversiva. La mayoría de los métodos aversivos se basan en el condicionamiento clásico. Se unen los estímulos que provocan la conducta problemática, al estilo de Pavlov, con un estímulo nocivo (por ejemplo, darle un toque eléctrico a una persona que está en un bar simulado al intentar alcanzar una botella de brandy). La continuación de esta secuencia debería producir un decremento en el valor positivo de los estímulos que suscitan la conducta que se desea eliminar hasta que la frecuencia de esta conducta se reduce de una manera considerable si es que no desaparece.

La terapia aversiva también puede utilizar el castigo. En estos casos, se da el estímulo aversivo a la mayor brevedad después de que el cliente lleva a cabo la conducta problemática (por ejemplo, se le daría un choque inmediatamente después de que bebiera el alcohol).

Orígenes históricos Las técnicas aversivas se han utilizado de una manera asistemática durante varios siglos. Ullmann y Krasner (1969) reportaron que los romanos

fomentaban la abstinencia entre sus ciudadanos depositando un gusano dentro de las tazas de vino de los bebedores consuetudinarios. En primera mitad del siglo veinte, con frecuencia se utilizaban algunas técnicas aversivas con el propósito de tratar algunos problemas conductuales. La obra sobre el condicionamiento de Bekhterev y Pavlov sugirió la posible utilidad clínica de condicionar las conductas de aversión a los estímulos que habían sido positivos previamente. Por lo tanto, no sorprende que otro ruso, Nikolai Kantorovich, sea el primero en emplear el condicionamiento aversivo (algunos electrochoques aplicados a las manos) para el tratamiento del abuso del alcohol. Como se notó con anterioridad, Voetglin y sus asociados reportaron una de las primeras y más importantes aplicaciones de la terapia aversiva en Estados Unidos en el "Shadel Sanitorium" en la ciudad de Seattle.

Procedimientos de la terapia aversiva Los estímulos nocivos que se emplean en la terapia aversiva por lo general se presentan en una de dos formas: electrochoques (a las manos, pies o piernas) o drogas que inducen náuseas o suprimen la respiración de manera temporal. También se han utilizado algunas sustancias que tienen algún sabor u olor muy desagradable, pero en raras ocasiones (por ejemplo, Busch y Evans, 1977; Colson, 1972).

En un ejemplo de la aversión eléctrica, Blaque (1965) utilizó la aplicación de electrochoques junto con el entrenamiento en la relajación y las instrucciones acerca de las consecuencias negativas del consumo excesivo del alcohol para tratar a un grupo de alcohólicos. Se les aplicaron los choques a los participantes la mitad de las veces que sorbieron el alcohol. La terminación del choque solamente ocurría cuando los sujetos escupían el alcohol, un procedimiento que se conoce como *alivio de la aversión.* Las entrevistas de seguimiento indicaron una tasa del 54% de abstinencia después de seis meses y del 52% después de un año.

Hsu (1965) investigó un procedimiento de electrochoques más extremado. Por medio de electrodos colocados en la cabeza del sujeto, se administraron niveles de choques apenas más pequeños que los que hubieran producido un estado de inconsciencia (coma) cuando escogía una bebida y la ingería. Este tratamiento se llevó a cabo diariamente durante cinco días y después se realizaron dos "sesiones de apoyo" al mes y a los seis meses. Entre los cuarenta voluntarios de sexo masculino que recibieron el tratamiento, solamente 16 completaron la secuencia completa del tratamiento.

Reimringer, Morgan y Bramwell (1970) reportaron una técnica aversiva basada en una sustancia química para eliminar "la violencia persistente física o verbal, la conducta sexual desviada, y la falta de cooperación e interés" entre los pacientes internos en un hospital mental del estado. En cuanto a los procedimientos, la técnica fue muy sencilla. De acuerdo con un programa preestablecido, el paciente recibía una inyección intravenosa de una dosis de 20 mg de succinicolina, un agente que bloquea la actividad neuromuscular y produce una parálisis breve del diafragma y suprime la respiración entre 34 y 40 segundos después de su administración. Los pacientes estaban conscientes durante el periodo de parálisis y describían la experiencia como una que causaba un terror muy intenso. Después de la supresión de la res-

piración, comenzaba la "fase de plática" de la técnica. Esto implica varios consejos y advertencias verbales acerca de que los pacientes descontinúen las conductas que no son aceptables junto con algunas recomendaciones para que aumenten la "socialización constructiva" positiva. Se repetían estas sugerencias hasta que el paciente le podía responder de manera oral al personal de asistencia.

Raymond (1956) proporciona otro ejemplo de la aversión química. Reportó el uso exitoso del condicionamiento basado en la apomorfina en un caso de un fetichista del sexo masculino de 33 años a quien se le había acusado en muchas ocasiones de ataques maliciosos y daño físico a las carriolas de bebé y bolsas de mano. Según la policía, era responsable de doce incidentes diversos que habían ocurrido a lo largo de varios años, por ejemplo, incendiar carriolas, chocar una motocicleta contra ellas, llenar una bolsa de sustancias mucosas. Un procurador llegó a afirmar que el paciente "era un verdadero peligro para cualquier mujer que empujara una carriola". El tratamiento implicó la unión repetida de los objetos fetichistas con la náusea inducida por la droga. Después de varias sesiones a través de un periodo de algunos días, el paciente declaró que los objetos que tanto estimaba anteriormente ahora le eran repugnantes y hasta abandonó algunas fotografías que había guardado a escondidas durante algunos años. En una sesión de mantenimiento a los seis meses del tratamiento, se le presentó la unión por medio de una película de los objetos fetichistas juntamente con la náusea.

Una controversia persistente acerca de la terapia aversiva intenta saber si hay alguna base para preferir los estímulos químicos o eléctricos como componentes nocivos. Durante un periodo, la actitud prevaleciente parecía favorecer los métodos clínicos, a pesar de que esta inclinación se apoyaba más en la eficiencia de los procedimientos y el control que facilitaba que en la comparación de los resultados que producían. Davison (1974) ha descrito siete ventajas que por lo general se asocian con los métodos eléctricos: (1) una mayor precisión temporal, (2) mayor viabilidad para las repeticiones frecuentes, (3) menor cantidad de complicaciones médicas, (4) menor cantidad de aparatos, (5) menos personal, (6) las implementaciones son menos traumáticas para el personal, y (7) una mayor cantidad de personas los aplican. Sin embargo, la opinión reciente (Elkins, 1975) señala que los efectos positivos de la aversión química en las investigaciones iniciales se pudo haber subestimado debido a que los procedimientos a menudo se aplicaron de una manera descuidada o incorrecta.

Se ha indicado que varios tipos determinados de procedimientos aversivos pueden ser más apropiados con las conductas que implican algún sistema sensoriomotor en particular. Por ejemplo, es posible que el establecimiento de las asociaciones entre la náusea y el comer o beber en exceso sea más fácil en términos biológicos y psicológicos que las conexiones entre, digamos, el comer en exceso y el dolor físico. Por otro lado, se pueden asociar más fácilmente los choques con las conductas sexuales o agresivas inadecuadas que el malestar inducido con las sustancias químicas (por ejemplo, Wilson y Davison, 1969).

Una forma más novedosa de la terapia aversiva se llama *sensibilización encubierta* y requiere que el cliente se visualice o imagine determinadas consecuencias aversivas que pudieran acompañar a la conducta que no desea. Según Lettle y Curran

(1978), la sensibilización encubierta por lo común procede de la siguiente manera:

> Al cliente que recibe el tratamiento de sensibilización encubierta, después de varias sesiones de entrenamiento en relajación, se le pide que se relaje e imagine una secuencia de acontecimientos que lleven a una hipotética ejecución problemática. Luego se le pide al cliente que se imagine una serie de hechos aversivos (por lo común, vómitos y náuseas) exactamente en el momento en que de acuerdo con la secuencia imaginaria está a punto de recibir el reforzamiento inicial. Se termina el ensayo aversivo al sugerir al cliente que la experiencia de alivio coincide con su alejamiento imaginario del estímulo en cuestión. Se alternan los ensayos de escape con los ensayos de aversión. En los ensayos de escape, el cliente se imagina de manera sucesiva que él o ella tiene una enorme tendencia a llevar a cabo la conducta problemática, comienza a experimentar las consecuencias aversivas (por lo común, la náusea), resiste esta tendencia que no desea, y por consiguiente se siente que hizo lo adecuado y esto le provoca satisfacción. El terapeuta intenta facilitar la visualización del cliente al describirle los dos tipos de escenas y proporcionar una descripción de tallada y exagerada de las consecuencias aversivas en especial, (p. 513).

Joseph Cautela, el psicólogo que originó el procedimiento de la sensibilización encubierta, describe la siguiente escena que un cliente alcohólico debe visualizar:

> Estás entrando en una cantina. Decides que te vas a tomar un vaso de cerveza. En este momento te diriges a la "barra." A medida que te aproximas a la "barra" sientes una sensación curiosa en la boca de tu estómago. Sientes tu estómago medio revuelto y con náusea. Se sube un líquido por tu garganta y lo sientes muy amargo. Tratas de volvértelo a tragar, pero mientras lo haces una partícula de comida sube por tu garganta hasta tu boca. Estás llegando a la "barra" y ordenas tu cerveza, tu boca se llena de vómito. Tratas de mantener la boca cerrada y te lo tragas. Extiendes tu brazo para tomar un trago de cerveza y así pasarte bien el vómito Tan pronto como tu mano toca el tarro, te das cuenta de que ya no puedes detener el vómito. Tienes que abrir la boca y sacarlo. Se desparrama por toda tu mano, y por todo el tarro de cerveza. Lo ves flotando en la cerveza. También por tu nariz salen pedacitos de comida con moco. Tu camisa y pantalones también están llenos de vómito. Hasta el cantinero tiene parte del vómito en su camisa. Te das cuenta de que algunas personas te están mirando. Te vuelves a sentir mal y vuelves a vomitar varias veces. Te alejas de la cerveza e inmediatamente te empiezas a sentir mejor y mejor. Cuando sales al aire fresco te sientes en perfectas condiciones. Te vas a tu casa y te aseas. (Cautela, 1966, p. 37.)

La sensibilización encubierta ofrece varias ventajas mayores que la utilización real de los medios aversivos inducidos por sustancias químicas o electrochoques (Cautela y Rosenstiel, 1975). Se han notado pocos efectos colaterales, a pesar de que algunos investigadores han reportado cierta tendencia para que los clientes generalicen sus asociaciones aversivas hada otros estímulos que no son la meta del tratamiento (Ashem y Donner, 1968). No se requiere equipo o personal médico especializado y el procedimiento se puede aplicar de una manera repetida en muchos diferentes tipos de ambientes. Además, debido a que se emplean las propias experiencias del cliente, se dispone de una variedad más amplia de estímulos los cuales, cuando se presentan por medio de la imaginación se pueden asemejar más a los estímulos del medio ambiente natural. Estas ventajas se ven reducidas en alguna medida por el hecho de que algunos pacientes in-

forman que les es difícil mantener claras las visualizaciones, lo cual hace necesario un entrenamiento extenso en el proceso de la imaginación.

Efectividad y otros temas de investigación Nuestro juicio acerca de los efectos de la terapia es que, en la mayoría de los casos, tiene un impacto algo reducido sobre la conducta a la que se aplica. Mientras que existe una cantidad reducida de terapeutas conductuales que dudan que pueden desalentar a un cliente de una ingestión desmedida de bebidas alcohólicas o, actos sexuales aberrantes por medio de la aplicación de algún método repugnante, la mayoría están escépticos acerca de cuan permanentes serán los cambios que producen (por ejemplo, Redd, Porterfield y Anderson, 1979).

La meta de cualquier tratamiento debe ser provocar cambios *perdurables* y que se *generalizarán* al ambiente en el que vive el cliente. En estos dos aspectos, se ha encontrado que la terapia aversiva tiene limitaciones. Una razón principal es que la terapia aversiva, por sí sola, no les enseña a los clientes otras conductas nuevas que pueden sustituir las desadaptativas. Esto es muy importante en especial en el tratamiento de las conductas consumatorias problemáticas tales como el comer en exceso, fumar, abusar de las drogas, o desviaciones sexuales. En el campo sexual, por ejemplo, vuelven a aparecer los problemas si los clientes no desarrollan algunos desahogos sexuales que les sean satisfactorios y aceptables para la sociedad (Serber, 1972).

No todos los datos sobre la sensibilización encubierta apuntan en la misma dirección. Sus ventajas prácticas (por ejemplo, flexibilidad, facilidad para administrarse) son numerosas, pero la literatura existente se basa principalmente en estudios que carecen de los controles necesarios. Little y Curren (1978) concluyen que la sensibilización encubierta puede ser efectiva para producir los cambios deseados en las preferencias sexuales, pero que los datos no apoyan su efectividad en el tramiento del alcholismo, conducta de fumar o la obesidad.

Por último, se debía añadir que muchos clínicos no utilizan las técnicas de aversión por la sencilla razón de que las consideran desagradables, no éticas o ambas cosas. Otros terapeutas creen que su relación terapéutica se verá perjudicada si les aplican electrochoques o se les provoca el vómito a los clientes. Como resultado de lo anterior, la mayoría de los terapeutas acuden a los métodos aversivos como un último recurso después que los procedimientos no aversivos hayan fallado para producir los cambios benéficos.

Manejo de contingencias

El manejo de las contingencias es un término genético que describe cualquier técnica operante (skinneriana) que intenta modificar una conducta por medio del control de sus consecuencias. El *modelamiento, tiempo fuera, realización de contratos de contingencias* y *economía de fichas* son algunos tipos específicos de algunas de las formas para el manejo de las contingencias. Más adelante se describirá cada una de éstas. En la práctica, el manejo de las contingencias se refiere a la presentación contingente o retiro de los reforzadores y estímulos aversivos que suceden a determinadas conductas. El término "contingente" simplemente significa que la manipulación de las consecuencias ocurre *si y sólo si* ha ocurrido la conducta que se planea fortalecer o debilitar.

Orígenes históricos Desde luego, la utilización de las recompensas y castigos como un medio para controlar la conducta ha existido durante mucho tiempo. La noción de que los psicólogos descubrieron que recompensar a una persona por un comportamiento provoca que éste aumente mientras que castigarlo produce que disminuya reflejaría una arrogancia extremada. El Viejo Testamento presenta una imagen de Dios como un administrador eficiente de contingencias que practicaba la extinción (respondia a la provocación de sus hijos e hijas, diciendo: "Les esconderé la cara", Deuteronomio 32:19-20) así como el tiempo fuera y el castigo (cuando los israelitas desobedecían a Dios, Él los enviaba al desierto durante 40 años).

Los trabajadores de las correccionales durante el siglo XIX utilizaban los mismos principios. Por ejemplo, Alexander Maconochie, gobernador de una colonia penal inglesa, estaba convencido de que las condiciones deplorables de la prisión necesitaban reformarse. Maconochie desarrolló un plan por medio del cual un prisionero podía obtener un "pase de salida" más pronto si acumulaba una cantidad suficiente de "anotaciones" a través del trabajo y la buena conducta. Otro rasgo importante del sistema fue su organización en fases graduadas que se parecen a las de muchas economías de fichas contemporáneas. Las cinco fases fueron: (1) una disciplina rígida y encierro absoluto; (2) un trabajo en grupo encadenado; (3) una libertad limitada dentro de determinadas secciones; (4) "pase de salida" o libertad condicional; y (5) libertad total.

Fuller (1949) informó acerca de una de las primeras aplicaciones del manejo de contingencias con un paciente mental. Se trataba de un caso de un muchacho de 18 años que Fuller descubrió como un "idiota vegetativo". El paciente no se podía mover, estaba mudo, y solamente podía ingerir líquidos o alimentos semisólidos. A pesar de esta historia, se le enseñó al cliente a mover su brazo derecho por medio del condicionamiento operante. El reforzador de esta conducta consistió en un chisguete breve de leche endulzada y tibia a la boca del muchacho.

Aplicaciones El manejo de las contingencias se ha aplicado a una variedad más amplia de conductas que todos los demás métodos del aprendizaje social. El autismo, los berrinches, las dificultades en el aprendizaje, la hiperactividad, el retraso mental, la delincuencia juvenil, la agresión, las alucinaciones, delirios, depresión, fobias, los desórdenes sexuales y las lamentaciones psicomáticas solamente son unas cuantas de las conductas hacia las cuales se han dirigido las estrategias del manejo de las contingencias.

Una ventaja especial del manejo de las contingencias es su flexibilidad. Es adecuada con las personas muy jóvenes y las muy viejas. Se puede adaptar a las necesidades únicas de un individuo o se puede aplicar a las necesidades comunes de un grupo o hasta de una comunidad. Sus principios se aprenden con cierta facilidad de tal forma que resulta muy factible el entrenar a los amigos, parientes, maestros y compañeros sobre el manejo de las contingencias en los ambientes de la vida real.

El mismo individuo puede emplear el manejo de las contingencias con el fin de modificar su propia conducta. Este proceso se conoce como el *autocontrol* (Goldiamond, 1965) y se puede considerar como la habilidad para regular las conductas personales arreglando las contingencias apropiadas del reforzamiento. La persona que tiene un sobrepeso y se permite comer solamente a determinadas horas, únicamente en

la cocina, y exclusivamente en la presencia de su familia está practicando un tipo de autocontrol. Los componentes específicos del autocontrol incluyen las autoinstrucciones, el automonitoreo, autorreforzamiento y autoevaluación; se ha demostrado que cada uno de éstos tiene alguna clínica (por ejemplo, Kanfer, 1975).

Procedimientos del manejo de las contingencias En muchos textos existen relatos completos de la amplia variedad de técnicas del manejo de las contingencias (por ejemplo, Leitenberg, 1976; Nay, 1976; O'Leary y Wilson, 1975; Redd, Porterfield y Anderson, 1979). Se puede recopilar alguna idea acerca de esta variedad por medio de los siguientes cuatro ejemplos:

1 El moldeamiento (Shaping): Este procedimiento también se denomina *aproximación sucesiva,* ya que consiste en el desarrollo de nuevas conductas al reforzar al principio cualquier conducta que se parezca de una manera remota a la conducta que se desea en últimas instancias. De manera gradual se hace más estricto el criterio del reforzamiento hasta que se recompensan aquellas respuestas que cumplen con el criterio final. El moldeamiento es muy eficiente para propiciar las conductas que parecen exceder las capacidades actuales de una persona. Por lo tanto, a menudo se emplea para enseñar a hablar a los niños que son mudos, hábitos de control de esfínteres a los que no los tienen, y habilidades de autoayuda y ocupacionales a las personas con retraso mental.

2 El tiempo fuera El tiempo fuera es un ejemplo especial de extinción que reduce la frecuencia de alguna conducta indeseada al retirar a la persona de un ambiente donde están presentes los reforzadores de esa conducta. El ejemplo más común es enviar a un niño a una habitación callada y aburrida por un tiempo breve después de que haya cometido alguna travesura. Se ha promovido el tiempo fuera como un método para el control de berrinches y se basa en el principio de que al ignorar el comportamiento "malo" de un niño éste disminuirá, sobre todo si se refuerza otro comportamiento "bueno". Se puede dar el caso de que los clínicos que más entusiastas se muestran por aplicar el tiempo fuera no tienen hijos y por lo tanto no han tenido la oportunidad de aprender, como dice Ogden Nash que

> Los niños no se sienten contentos si no tienen algo con qué entretenerse
> Y para eso fueron creados los padres, para divertirse con ellos.

3 Realización de los contratos de contingencias La realización de los contratos es una forma popular del manejo de contingencias en el cual un acuerdo formal, a menudo con una presentación escrita, entre el terapeuta y el cliente establece las consecuencias de determinadas conductas por ambas partes. De esta manera sistematiza y organiza la utilización de muchos de los métodos que se emplean para el cambio conductual.

Busdin (1972) empleó el contrato de contingencias para controlar el uso de las anfetaminas y barbitúricos de una estudiante de postgrado. Tanto la conducta del cliente como la del terapeuta durante un tratamiento de tres meses se especificó en un contrato

detallado para la intervención. A la cliente se le requirió que (1) preparara un programa semanal de actividades, (2) se pusiera en contacto con el terapeuta tres veces al día para que él pudiera regular sus actividades, (3) solicitara el consejo del terapeuta acerca de cómo manejar cualquiera de las "situaciones que en potencia eran peligrosas" (en las cuales aumentaba la probabilidad de que usara las drogas), (4) se comprometiera de manera formal y pública a abstenerse en absoluto de la ingestión de drogas, (5) se aplicara ella misma un electrochoque de un dispensador portátil cada vez que emitía una conducta de procurar las drogas, (6) establecer una cuenta bancaria mancomunada con el terapeuta en donde depositaría todo su dinero, (7) firmara un cheque de $50 dólares cada vez que utilizara una droga o se sospechara de que lo había hecho (los cheques los debía dirigir a la orden del Ku Klux Klan, un grupo que al cliente le desagradaba en particular). Por su parte, el terapeuta se comprometió a arreglar su programa de tal manera que siempre estuviera accesible para las llamadas de la cliente y antefirmar los cheques que eran necesarios para sus gastos de vivienda y manutención.

El éxito de los arreglos en base a los contratos depende, en parte, de la voluntad del terapeuta para obligar a que se cumplan los acuerdos con las contingencias establecidas. En el caso anterior, el terapeuta ejerció un control decisivo en tres ocasiones: No permitió al cliente que descontinuara la terapia cuando ella se lo pidió al cuarto día del tratamiento, le pagó inmediatamente al Ku Klux Klan los $50 dólares cuando la cliente le informó que había tomado unas anfetaminas, y estableció unas contingencias y control de estímulo estrictos que le permitieron al cliente terminar un reporte importante de investigación. El seguimiento a los dos años demostró que la cliente ya no ingería las drogas.

4 Economías de fichas Una economía de fichas es un procedimiento que se utiliza para realizar los principios del manejo de contingencias con el fin de alterar una amplia variedad de conductas en una persona o grupo de personas. Se puede concebir como un sistema monetario a pequeña escala en el cual se les paga a las personas con una moneda especial (fichas) cuando ejecutan determinadas conductas que se les hayan asignado. Una economía de fichas no es muy distinta del principio común de entregar una compensación por realizar una labor, a excepción de que a menudo las economías de fichas se establecen en ambientes institucionales donde los internos estaban previamente acostumbrados a recibir recompensas de una forma que no era contingente.

Como se le emplea en las instituciones, la economía de fichas por lo general consiste de cuatro componentes. El *primero* consiste en que se deben especificar las *conductas meta.* Esto significa que el personal, y, a menudo, los clientes señalan las conductas que ellos esperan que se incrementen o mejoren por medio del programa. La interacción social, las habilidades de autoayuda, y el ejercicio físico son algunas de las conductas meta comunes a pacientes mentales con una hospitalización crónica. El *segundo* establece que debe haber algún medio de intercambio o *"ficha"* que los participantes adquieran si y solo si llevan a cabo las conductas meta. Entre los niños son populares las estrellas doradas y los cupones de colores. Las preferencias de los asuntos se inclinan hacia las fichas de póquer estampillas verdes, o "monedas" de metal. El *tercero* dispone que deben existir los *reforzadores de apoyo:* los bienes o servicios por los cuales se deben intercambiar las fichas. La comida, privilegios recreativos, "vacaciones"

del hospital y condiciones de vida más especiales son apoyos comunes. Por último, todos los participantes deben establecer las *reglas de intercambio*. Las reglas incluyen el número de fichas que se pueden obtener al cumplir alguna conducta meta así como el número de fichas requeridas para adquirir algún reforzador de apoyo. Las reglas del intercambio con frecuencia se alteran durante el transcurso de una economía de fichas con el fin de evitar la "inflación" o "deflación" de la moneda.

El primer reporte de una economía de fichas en una institución psiquiátrica fue el que publicaron Ayllon y Azrin (1965), quienes aumentaron la tasa de las conductas de cuidado propio y completaron las actividades asignadas a un grupo de pacientes crónicos del sexo femenino. Después del estudio de Ayllon y Azrin (1965), el empleo de las economías de fichas en los hospitales psiquiátricos aumentaron con una tasa elevada (Kazdin y Bootzin, 1972). También hubo un aumento rápido en la aplicación de las economías de fichas a otras poblaciones. Varios investigadores utilizaron los sistemas de fichas para controlar la conducta delincuente y antisocial (por ejemplo, Burchard, 1967; Cohén, 1968), y otros no tardaron en introducir los programas de fichas en los salones de clase con el propósito de reducir la indisciplina y promover el aprendizaje (por ejemplo, O'Leary y Becker, 1967). Asimismo se desarrollaron los programas especiales para los participantes de "Head Start" (un proyecto educativo para niños marginados), los retrasados mentales, los alcohólicos, drogadictos, y niños autistas de acuerdo con los principios de la economía de fichas (Kazdin y Bootzin, 1972).

En fechas más recientes, se han extendido las economías de fichas fuera de las instituciones introduciéndose de manera directa en la comunidad. Por ejemplo, Miller y Miller (1970) aumentaron la frecuencia y cantidad de actividades para la organización de la comunidad entre las personas pobres por medio de una economía de fichas. También se ha promovido una variedad de esfuerzos dirigidos hacia la conservación de la energía y protección ambiental mediante los programas de fichas que se aplican a las grandes áreas geográficas o poblaciones bastante densas (Nietzel, Winett, MacDonald y Davison, 1977).

Efectividad y otros temas de investigación Únicamente en términos de su frecuencia, la investigación acerca del manejo de contingencias no tienen un equivalente en ninguna otra técnica de intervención del modelo del aprendizaje social. Quizá el rasgo más sobresaliente de toda esta investigación sea la regularidad con la cual se ha encontrado que los métodos operantes son efectivos para modificar determinadas conductas en las direcciones deseadas. Desde luego, se han dado algunas excepciones a esta tendencia, pero impresiona su cantidad reducida.

El aspecto más engorroso del manejo de contingencias es el problema de la generalización que intriga a muchos. La pregunta incisiva no es si las técnicas producen algún cambio, sino más bien si los cambios perduran y se generalizan (Keely, Shemberg y Carbonell, 1976; Nietzel y Moore, 1978). Por lo tanto, entre las metas principales de la investigación en el campo están por el momento (1) el desarrollo y evaluación de algunos procedimientos que se elaboran de manera deliberada con el fin de promover la transferencia de conductas nuevas en los ambientes naturales, y (2) la demostración de la persistencia de las conductas mejoradas.

Otra tendencia principal de la investigación contemporánea sobre los métodos operantes aplicados es la experimentación acerca de su éxito para manejar los problemas que trascienden la "salud mental". Varios problemas sociales generales tales como la conservación de la energia, la descriminación racial, el desempleo y el transporte masivo se han abordado desde una perspectiva operante (Nietzel, Winett, MacDonald y Davison, 1977). En el otro extremo, los acontecimientos conductuales y psicológicos que subyacen a varias enfermedades físicas también han sido modificadas por medio del reforzamiento contingente (Katz y Zlutnick, 1975: Pomerleau y Brady, 1979; Williams y Gentry 1977)[4]. El uso de la tecnología operante para controlarlas respuestas internas y autonómicas se conoce como *biorretroalimentación,* que es nuestro siguiente tema.

Biorretroalimentación

En realidad la biorretroalimentación es simplemente una técnica especializada del manejo de contingencias, pero es singular por dos razones. En primer lugar, las conductas que se controlan o cambian son las respuestas internas y autonómicas que durante muchos años se consideraban completamente involuntarias y que por lo tanto no se podían someter a la modificación deliberada; el ritmo cardiaco, la presión sanguínea, las ondas cerebrales, las respuestas galvánicas de la piel y la distribución del flujo de la sangre constituyen algunos ejemplos primarios. En segundo lugar, la biorretroalimentación requiere algún equipo especial que registre la actividad que interesa y luego la comunique o le proporcione "retroalimentación" al cliente sobre esta actividad. La retroalimentación se trasmite a través de un medio visual (por ejemplo, una métrica gráfica) o un estímulo auditivo (por ejemplo, un tono que varía).

Orígenes históricos El personaje más importante en el desarrollo de la biorretroalimentación es Neal Miller (1969), quién demostró que las ratas podían aprender a aumentar y disminuir sus funciones autonómicas con base en el reforzamiento contingente (estimulación cerebral directa). El hecho de que las ratas se inmovilizaron con la droga curare descartó la posibilidad de que los cambios autonómicos simplemente fueran artificios del movimiento muscular.

Miller no fue el primero que investigó el condicionamiento de la conducta autonómica. Kazdin (1978) informa que K. M. Bykov había demostrado a mediados de la década de 1950 que las respuestas fisiológicas se podían condicionar de una forma *clásica* (pavloviana) a los estímulos que habían sido neutros, pero Miller encontró que la actividad visceral también se sometía a los principios del condicionamiento operante.

A pesar del hecho perturbador acerca de que tanto Miller como otros experimentadores tuvieran dificultad para replicar los resultados que obtuvo en sus estudios iniciales con animales, muchos otros investigadores durante la década de

[4]Esto pertenece a un movimiento más general dedicado a la aplicación de las ciencias conductuales a la comprensión, prevención y curación de los problemas relacionados con la salud. En la actualidad a este movimiento se le llama *medicina conductual.*

1960 comenzaron a demostrar que los seres humanos podían controlar actividades como las ondas cerebrales y el ritmo cardiaco.

Aplicaciones y procedimientos Se ha empleado la biorretroalimentación para tratar varios tipos de desórdenes. Es posible que las metas más comunes sean la hipertensión esencial (presión sanguínea alta) dolores de migraña, la enfermedad de Raynaud (un problema de reducción en el flujo de la sangre que puede provocar gangrena en los pies o manos), y arritmias cardiacas (latidos irregulares del corazón). El condicionamiento del EEG (electroencefalograma), que de manera popular se conoce como el "zen eléctrico", puede aumentar el porcentaje de la producción de las ondas alfa y a menudo se utiliza como una forma especial del entrenamiento en relajación o meditación.

En cada una de estas aplicaciones, de manera fundamental el procedimiento es el mismo. Se conecta un aparato que no provoca dolor y que registra y retroalimenta la información acerca de su actividad fisiológica al cliente quien en ese momento emplea alguna estrategia mental o física para cambiar la respuesta interna en la dirección clínica que se desea. En la mayoría de los casos, el reforzador del cambio simplemente consiste en el conocimiento de los resultados que proporciona la biorretroalimentación; sin embargo, en algunas ocasiones se ha apoyado la retroalimentación por medio de la alabanza del terapeuta o las recompensas monetarias (Blanchard y Epstein, 1978).

Efectividad y otros temas de investigación En la actualidad aún existe una evidencia suficiente para concluir que la biorretroalimentación es una técnica clínica útil. Es importante tener en cuenta este hecho, debido a que entre todas las técnicas que se han descrito en este capitulo, la biorretroalimentación tiende a propiciar la mayor parte de seguidores que proclaman su efectividad y éxito. La mayoría de estas afirmaciones tienen un escaso apoyo científico (por ejemplo, Birnbaumer, 1977). O'Leary y Wilson (1975). p. 282, comunicaron varios puntos importantes acerca de la situación actual de los métodos de retroalimentación:

> En primer lugar, la mayor parte de la investigación con seres humanos se ha llevado a cabo con sujetos voluntarios "normales" y con pocas excepciones, los resultados han sido estadísticamente significativos pero demasiado pequeños como para afirmar que poseen una significancia clínica o substancial. . . En segundo lugar, aún no se ha demostrado de una manera adecuada que los resultados que se obtienen en la situación sumamente artificial del laboratorio se generalizaran al ambiente natural o que las mejorías que se logran se mantendrán a lo largo de un seguimiento a largo plazo. Falta llevar a cabo los estudios sistemáticos que controlan las expectativas de los sujetos y los efectos placebo. . . Por último, son necesarios los estudios de resultados comparativos que demuestren que otros métodos de tratamiento, que pueden ser más económicos en términos de los aparatos caros y muy complejos que se requieren, pero que no son igualmente eficientes.

Terapia congnitivo-conductual

La introducción de una sección titulada "terapia cognitivo conductual" puede dar la idea de que las técnicas que ya se describieron en este capítulo no implican factores

cognitivos en absoluto. Este no es el caso. No se puede esperar que un cliente participe de una técnica psicoterapéutica sin pensar acerca de ésta de igual manera que no se puede concebir que un atleta corra sin mover sus piernas. Cualquier técnica terapéutica, ya sea conductual o de otro tipo, estimula una multitud de cogniciones: ¿Funcionará este tratamiento? ¿Por qué motivo funcionará? ¿Qué pasará si no funciona? ¿Por qué no se me ocurrió a mí probar esto? ¿Cuándo empezaré a notar alguna mejoría? Además de pensar sobre estos aspectos, los clientes deben apoyarse en sus funciones congnitivas para comprender lo que les comunica su terapeuta, para visualizar las escenas en los procedimientos como la desensibilización o el modelamiento encubierto, y para reflexionar sobre los cambios que realizan o que no logran en la terapia.

Por lo tanto, todas las intervenciones terapéuticas implican algunos procesos cognitivos, pero algunos procedimientos se dirigen hacia el cambio de ciertas cogniciones especiales y desadaptativas. Estas técnicas forman parte de lo que se conoce como la *terapia cognitivo conductual* o *terapia cognitiva.* La terapia cognitiva se puede definir como un enfoque de tratamiento que intenta modificar la conducta manifiesta influyendo sobre los procesos del pensamiento del cliente (Rimm y Masters, 1979). Ledwige (1978) ofrece una lista de las siguientes técnicas como ejemplos de la terapia cognitivo conductual: el entrenamiento en habilidades de tolerancia, el manejo de la ansiedad, la inoculación al stress, la rutina emoción-respuesta, la técnica de la autoimagen idealizada, la terapia de la atribución errónea, entrenamiento en la solución de problemas y entrenamiento en autoinstrucciones. La proyección temporal, la técnica de detener el pensamiento y la terapia cognitiva de Aaron Beck (1970) para la depresión y otras conductas son algunos procedimientos que también se emplean a menudo y que se deben añadir al enlistado anterior. Se pueden encontrar descripciones detalladas acerca de estas técnicas en Mahoney (1974) y Meichenbaum (1974).

La terapia cognitiva conductual es principalmente un fenómeno que pertenece la década de 1970. Ledwige (1978) informa que no apareció ningún artículo sobre la terapia cognitiva en una revista conductual antes del año de 1970. En la actualidad existen más de cincuenta reportes en las revistas conductuales y se fundó una revista que se dedica completamente a la terapia cognitiva, "Cognitive Therapy and Research" *(Terapia e investigación cognitiva).*

Mientras que el interés en la investigación clínica de la terapia con una orientación eognitiva en la década de 1970 ha crecido de manera fructífera y rápida entre los seguidores del aprendizaje social la alteración de los pensamientos desadaptativos del cliente ha sido el interés central de otros terapeutas durante varias décadas. Es probable que el campeón mejor conocido de la terapia cognitiva antes de 1970 (además de Adler) sea Albert Ellis, el fundador de la terapia racional emotiva o TRE.[5]

Ellis (1973) expresó los principios esenciales de la TRE de la siguiente manera: "Cuando una Consecuencia (C) llena de emociones sigue a un Evento Activador (A), puede parecer que A causó a C, pero en realidad éste no es el caso. En lugar de esto lo

[5] La terapia racional-emotiva también se denomina entrenamiento en la conducta racional (Goodman y Maultsby, 1974), reestructuración racional sistemática (Goldfried, Decenteceo y Weinberg, 1974) y reestructuración cognitiva (Ledwidge, 1978).

que sucedió, es que las Consecuencias emocionales fueron creadas en gran parte por B el Sistema de Creencias (Belief System), del individuo. Por lo tanto, cuando ocurre una Consecuencia indeseable, como una ansiedad aguda, por lo general se puede encontrar fácilmente su origen en las Creencias irracionales de la persona cuando estas creencias se Disputan de manera efectiva (en el punto D), al retarlas de una manera racional, las consecuencias perturbadoras desaparecen y eventualmente dejan de presentarse otras veces" (p. 167).

Para aclarar estos principios, Ellis (1973) proporcionó el siguiente ejemplo. Supóngase que un hombre pasó un día terrible en el trabajo. Llega tarde, se le olvidan las llaves en la oficina, se le cae el café sobre el escritorio y se le olvida acudir a dos de sus citas. Él puede pensar, "Funcioné muy mal en mi trabajo hoy". Tiene razón, sí falló en su trabajo. Eso es lo que Ellis denomina el Evento Activador (A), un suceso que es molesto, no se desea, o de alguna forma le hace a uno quedar mal. En seguida el hombre puede pensar: "Qué horror, qué imbécil soy; si no me pongo alerta me van a echar del trabajo y sería lo que me merezco por valer tan poco". Estas ideas reflejan el Sistema de Creencias de la persona (B), y según Ellis, constituyen la explicación a causas de las consecuencias emocionales (C) de ansiedad, depresión y sentimientos de minusvalía que este hombre puede experimentar.

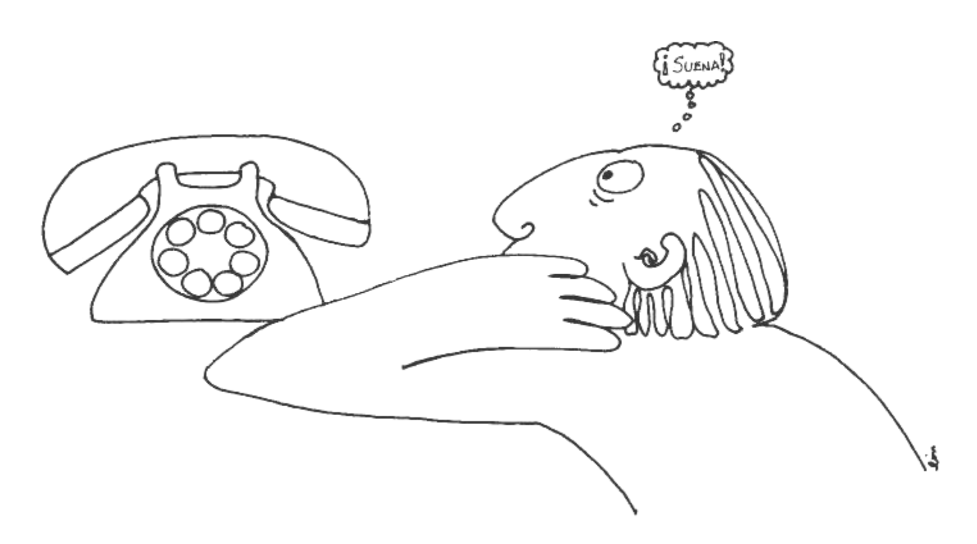
Un resumen del ABC de la TRE es: los problemas psicológicos no son provocados por la tensión externa sino por las ideas irracionales que las personas mantienen y que los conducen a ordenar, insistir y dictar que se deben cumplir sus deseos para que sean felices. Por lo tanto la meta de la TRE es atacar estas creencias irracionales, irreales y que perjudican a la propia persona e instruir en formas más lógicas y racionales del pensamiento que no las perturbará.

Orígenes históricos Ellis (1973) reconoce la existencia de varios precursores del sistema de TRE. Entre los filósofos antiguos, los estoicos, en particular Epicteto, creían que "a los hombres no les perturban las cosas, sino su perspectiva sobre ellas". La literatura proporciona otros ejemplos. Shakespeare, por ejemplo, pone en la espresión de uno de los personajes, Hamlet: "No hay nada bueno ni malo solamente el pensamiento lo hace así."

Ellis también observa que los psicoterapeutas modernos ejercieron cierta influencia sobre el desarrollo de la TRE. Uno de los principales terapeutas en este sentido fue Alfred Adler, cuyo lema "todo depende de las opiniones" es una piedra angular de la filosofía de la TRE. Varios terapeutas que emplean un estilo terapéutico vigoroso, directivo, y sumamente activo (por ejemplo, Hippolyte Bernheim, Andrew Salter, Frederick Thorne, Alexander Herzberg y Wilhelm Stekel) también anticiparon la TRE.

La primera presentación formal de la TRE de Ellis fue una publicación que presentó a la "American Psychological Association" en 1956, pero las formulaciones más completas e informativas se encuentran en su libro, *La Razón y la Emoción en la Psicoterapia* ("Reason and Emotion in Psychoterapy") (1962) y el *Manual de la Terapia Racional Emotiva* ("Handbook of Rational-Emotive Psychotherapy"; Ellis & Grieger, (1977). En sus descripciones más recientes de la TRE, Ellis ha acentuado su semejanza a las formas de la terapia conductual que tiene una mayor orientación cog-





"¿Por que no llama? No lo comprendo. Ella me dijo que me llamaría a las 5:00 y ya son las 5:15 A lo mejor está atorada en un hoyo en algún lado. Más vale que le llame para asegurarme de que está bien, No ¿qué tal si no está lastimada? ¿Y si está con un HOMBRE? No le puedo llamar. Pensará que soy muy insistente. No le gustan los hombres rogones. Pero ya son las 5:20 y me DIJO que me llamaría – yo no la obligué a que me lo dijera ¿que tal si la llamo y ella no quiere hablar conmigo? Estas mujeres idiotas".

Caricatura 10-1 Cortesía de la "Western Psychological Association"

nitiva: "De hecho, en muchos sentidos, la terapia conductual de amplio espectro y la TRE son casi sinónimos" (Ellis, 1973, p. 175).

Los procedimientos de la TRE Ellis (1973) sostiene que la TRE es un tratamiento apropiado para casi todos los problemas emocionales con la excepción de la esquizofrenia severa, manía extremada, lesión orgánica cerebral y retraso mental.

El estilo del terapeuta de la TRE es activo, retador, lleno de demostraciones y a menudo incisivo. Ellis aboga por la utilización de una forma enérgica y directa de comunicación con el objeto de persuadir a los clientes a que abandonen las ideas irracionales con las que se han indoctrinado a sí mismos hasta el punto de que se sienten miserables. A continuación se presenta un segmento breve de una sesión inicial de la TRE entre terapeuta (T) y una mujer joven (C) que le presentó varios problemas, entre ellos el abuso del alcohol.

C: ….mi tendencia es decir *todo.* Quiero cambiar todo: me deprime todo; *etcétera.*

T: Dame unos cuantos ejemplos de esto.

C: ¿Lo que me deprime? Yo, este, no sé si tengo alguna meta en la vida. No sé quién soy. Y no sé qué quiero lograr.

T: Sí, pues. Pero esto, lo que tú estás diciendo es "¡ignoro algunas cosas!" (la cliente mueve la cabeza afirmativamente). Bueno y ¿qué tiene de malo ignorar algunas cosas? Qué lastima que ignoras algunas cosas. Sería mejor si no las ignoraras: si *tuvieras* una meta y *supieras* lo que deseas lograr. Pero vamos a suponer lo peor: que para el resto de tu vida tú no tuvieras una meta y permanecieras así. Supongámoslo. ¿Y eso qué tendría de malo?

C: ¡Es que todo mundo *debería* tener una meta!

T: ¿Y de dónde obtuviste ese *debería?*

C Es que eso es lo que yo creo, (silencio por un rato)

T: Lo sé. Pero piensa sobre eso por un rato. Es obvio que eres una mujer lista; ahora dime de dónde obtuviste ese *debería?*

C: Este, no sé. No estoy pensando de una manera clara por el momento. ¡Estoy demasiado nerviosa! Discúlpeme.

T: Bueno, *tú puedes* pensar con claridad. Estás diciéndote ahorita; "Ay, no tiene caso. ¡No puedo pensar con claridad. Valgo mierda por no pensar claramente!" Te das cuenta; te estás culpando a ti misma de *eso.*

C: (se le ve molesta; parece que no puede hablar; luego mueve su cabeza afirmativamente).

T: Pues, tienes toda la *capacidad* de pensar.

C ¡No por el momento!

T ¡Claro que sí la tienes! ¿Quieres apostarlo?

C (comienza a sollozar)

T ¿Qué es lo que te hace llorar?

C ¡Es que me siento muy estúpida! ¡Y tengo miedo!

T: Sí, pero "estúpida" quiere decir: "Me estoy menospreciando por actuar de una manera estúpida."

C: ¡Está bien! No esperaba que te activaras así de *rápido.* Esperaba que me darías un momento para respirar y conocer qué tipo de persona *eras* tú; y establecer una relajación de un tipo diferente.

T: Sí. Y eso sería muy agradable y más fácil; pero en realidad desperdiciaríamos el tiempo.

C: Sí. Creo que sí.

T: Pero lo que a ti en verdad te molesta es que no estás respondiendo de la manera correcta, ¡y quizá eso no es *terrible]*

C: Sí. Y no creo que a nadie le guste hacer el ridículo, el ridículo.

T: Tú *no puedes* hacer el ridículo.

C (tose un poco)

T: Te das cuenta, es lo que te quiero hacer ver: eso es imposible. Ahora dime, ¿por qué no puedes hacer el ridículo?.

C: (arranque de enojo) ¡Por qué no dejas de hacerme preguntas!

T: (con interrupción) ¡No! Nunca vas a mejorar si no *piensas.* Y tú me estás comunicando: ¿"No podemos hacer algo *mágico* para que yo mejore? Y la respuesta es: "¡No!"

El ataque confrontador del terapeuta a las creencias irracionales del cliente no se restringe a las intervenciones cognitivas. El terapeuta de la TRE también empleará

ejercicios de prácticas simuladas, de concientización sensorial, la desensibilización, el entrenamiento autoafirmativo y determinadas tareas en un esfuerzo para proporcionarle un complemento conductual al cambio cognitivo.

Efectividad y otros temas de investigación Ellis (1973) ofrece una lista de más de 25 estudios experimentales acerca de la TRE y una cantidad aún mayor de reportes independientes de caso que indican un buen ritmo de mejoría significativa asociada con la TRE. También se han investigado los principios básicos de la TRE en los estudios de investigación que por lo general apoyan la idea de que el sufrimiento emocional se asocia con determinadas creencias irracionales (véase las revisiones de Ellis, 1977 y DiGiuseppe y Miller, 1977). Varios estudios han comparado la TRE con algunas otras técnicas como la desensibilización sistemática. Un resultado interesante de algunos de los estudios con un mejor control experimental (por ejemplo, Meichenbaum, Gilmore y Fedoravicius, 1971) es que mientras que la desensibilización parece ser más efectiva con las clientes que tienen fobia específica, la TRE es más apropiada para los clientes que se sienten ansiosos en diferentes tipos de situaciones.

Nota final

Al describir la terapia conductual contemporánea, el presente capítulo se ha concentrado sobre las técnicas específicas tales como la desensibilización, el "flooding", el manejo de las contingencias y la biorretroalimentación. Esta presentación no se debe confundir con la implicación de que los terapeutas conductuales simplemente son técnicos que buscan la correspondencia entre los problemas y métodos específicos de tratamiento de una manera automática. Los terapeutas conductuales, como los clínicos con otras tendencias teóricas, se comprometen con el bienestar de las personas que tratan e intentan comunicar un sentimiento de apoyo e interés durante el proceso terapéutico. La competencia técnica no sustituye a la relación terapéutica especial que un cliente y un clínico pueden y de hecho comparten.

Capitulo **11**

La intervención clínica: modelos fenomenológicos

En los capítulos 9 y 10 se describieron los métodos de intervención clínica que se apoyan ampliamente en la suposición de que el comportamiento humano es ante todo un producto ya sea de conflictos intrapsíquicos o de influencia del medio ambiente; el concepto básico en la terapia psicodinámica clásica es el *instinto,* mientras que en la mayoría de los tratamientos de aprendizaje social son centrales varias clases de *reforzamiento.* Sin embargo, como se observó en el capítulo 3, hay otra alternativa, una "tercera fuerza" en la Psicología clínica, la cual hace menos hincapié en el instinto y en el reforzamiento, y se centra en cambio en la *experiencia consciente* como base para el desarrollo, mantenimiento y modificación del comportamiento humano. El *método fenomenológico* ofrece una imagen muy optimista de los humanos como seres creativos, en crecimiento, quienes si todo va bien, guían conscientemente su comportamiento en direcciones que realicen finalmente su potencial máximo como individuos únicos. Cuando surgen los problemas en la forma de diferentes desórdenes de comportamiento, este método considera generalmente que provienen sobre todo de disturbios o brechas en el *consciente (awareness),*[1] los cuales pueden ser eliminados por diferentes tipos de experiencias terapéuticas.

[1] Awareness es un concepto cualitativamente diferente del "consciente" psicoanalítico; en español no hay una palabra propia para cada uno de estos términos. En ocasiones se ha traducido también como "darse cuenta" (N. de R.T.).

Obviamente, la noción de trabajar en los problemas del comportamiento incrementando la experiencia consciente del cliente refleja algunos principios psicodinámicos sobre los cuales están en parte basados los tratamientos fenomenológicos (véase el capítulo 9). Es igualmente obvio, que el acercamiento a cada cliente como a un individuo único que se guía por sus propios pensamientos, crea una relación estrecha con las versiones de orientación más cognoscitivas de los tratamientos del aprendizaje social (véase el capítulo 10). De hecho, las interrelaciones y los puntos comunes de la teoría y la práctica de los tres modelos de intervención clínica están resultando obvios para algunos observadores (por ejemplo, Krasmer, 1978, Wachtel, 1977, Wanderman Poppen y Ricks, 1976). Sin embargo, algunos de los objetivos y muchas de las técnicas de los tratamientos orientados fenomenológicamente son muy distintos. En este capítulo describiremos los antecedentes, procedimientos y efectividad de algunas de las formas más importantes de intervención fenomenológica.

Pronto será evidente que, precisamente como sucedió con los métodos de aprendizaje social y psicodinámico, unos cuantos temas unifican muchos términos y técnicas diferentes, asociados con el método fenomenológico en el tratamiento clínico. Para establecer la base de nuestro análisis, revisemos brevemente algunos de los puntos comunes:

1 Se insiste mucho en la promoción del *crecimiento* del cliente como una persona, más que en facilitar la habilidad al "jugar el juego de la vida". En otras palabras, los terapeutas fenomenológicos se preocupan principalmente por ayudar a los clientes para que traten de ser más conscientes y alcancen su propio potencial único como individuos. No hacen hincapié en las habilidades conductuales o interpersonales del cliente, las "estrategias" para hacer frente al ambiente, o a la adaptación al mismo. La suposición subyacente es que, cuanto más se acerque el cliente a su propio potencial pleno, será capaz de encontrar soluciones a los problemas ex ternos de la vida sin ayuda de alguien más. De hecho, la ayuda activa a un cliente-para resolver sus problemas particulares se considera como contraproducente: si el cliente hace suya la solución del *terapeuta,* perderá la oportunidad de permitir que sus propias ideas o sentimientos sean su guía. El cliente, además, puede convertirse en dependiente del terapeuta y menos inclinado a tomar responsabilidades para buscar soluciones independientes en dificultades futuras.

2 Ya que el terapeuta fenomenólogo considera al cliente como un individuo completamente responsable, potencialmente capaz de manejar su propia vida, se comparan en status las funciones del cliente y del terapeuta. Si en la terapia psicodinámica existe una relación "doctor experto-paciente ignorante" y en las intervenciones del aprendizaje social hay una relación "maestro conocedor-alumno", en el tratamiento fenomenológico el clínico y el cliente se parecen más a un' 'jardinero y una flor". El terapeuta facilita el crecimiento, el cual es inherente al cliente, pero ambos crecerán y se beneficiarán de la relación.

3 La relación entre cliente y terapeuta se considera como el vehículo primario a través del cual se realizará el crecimiento. Esto significa que la experiencia inmediata, momento a momento de la situación de la terapia, es lo que ayuda al cliente. Por lo tanto, para un cliente inseguro, la discusión del insight del pasado o la planeación del

manejo de situaciones problemáticas futuras deberían considerarse menos útiles que el estar viviendo una relación en el presente, donde otra persona *acepta* y *evalúa* sin juzgar al cliente a pesar de su falta de autoconfianza. Se cree que esta experiencia es útil debido a que puede instar al cliente a comenzar a percibirse a sí mismo en términos más positivos. El punto es que, en el tratamiento fenomenológicamente orientado, la relación cliente-terapeuta no se da en un contexto especial aislado, para hablar *acerca* de los conflictos de la niñez, de cómo aparecen esos conflictos en el presente, o de las posibles respuestas nuevas al medio ambiente. Más bien se le considera una *relación interpersonal real,* la cual por encima de los temas discutidos o las técnicas utilizadas, da al cliente *experiencias* humanas que por sí mismas promueven el crecimiento.

4 Ya que la experiencia inmediata de la relación terapéutica es tan importante, el centro del tratamiento fenomenológico muy rara vez se aleja de lo que está sucediendo entre el paciente y el terapeuta durante la sesión. Como se observó en los capítulos 3 y 4, esto por lo general significa que hay relativamente poca evaluación formal del pasado del cliente. La hipótesis de trabajo es que el pasado se ha ido, que no se puede cambiar, y que en cualquier caso no es tan importante para el futuro del cliente como lo que sucede en el presente.

5 Al igual que los terapeutas del aprendizaje social, los clínicos de orientación fenomenológica suponen que la mayoría de sus clientes no están "enfermos", "con trastornos", o que sean en alguna otra forma diferentes básicamente de la gente "normal", independientemente de lo extraños o fuera de lo común que parezcan ser esos clientes. Sin embargo, más que dar importancia a las experiencias del aprendiza je único como el fundamento de muchos problemas de conducta, los fenomenólogos consideran que sus clientes actúan de acuerdo con sus percepciones propias únicas del mundo. Por lo tanto, el terapeuta busca comprender los problemas del cliente tratan do de ver el mundo a través de los ojos del cliente. Se espera que, en el proceso de revelar sus percepciones al terapeuta, el cliente se volverá más claramente consciente de esas percepciones y de cómo éstas guian su conducta.

Con estos temas generales en mente, comencemos ahora a examinar algunos de los ejemplos específicos del tratamiento fenomenológico.

LA TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE DE CARL ROGERS

Probablemente el método fenomenológico más conocido y de mayor influencia para la intervención clínica es el de la *terapia centrada en el cliente* de Carl Rogers (1942, 1951, 1959, 1961, 1970). Aunque la capacitación inicial de Rogers como psicólogo se basó en una tradición psicodinámica, finalmente rechazó los principios de esa tradición y fundó un método para el tratamiento, que ya en 1940 había aportado a la Psicología clínica su primera alternativa sistemática respecto a Freud. Come veremos, Rogers estableció también una tradición de hacer investigación sobre el proceso y el resultado de la Psicoterapia.

Algunos antecedentes de terapia centrada en el cliente

Cari Rogers nació el 8 de enero de 1902, siendo el cuarto de seis hijos de una familia protestante conservadora y muy unida. La religión y los conceptos de individualismo,

confianza en sí mismo y trabajo duro fueron influencias tempranas importantes. En la juventud de Rogers "no había bebida, baile, juegos de cartas, asistencias al teatro, pequeña vida social.. ." (Sollod, 1978, p. 95); de hecho cuenta que solamente salió en dos ocasiones con una muchacha durante su educación media. (Reisman, 1966). Cuando Rogers tenía 12 años, su familia se mudó a una granja y él se interesó por la agricultura, particularmente en sus aspectos científicos y experimentales. Cuando cumplió 14 años, Rogers se había convertido en un estudioso de la agricultura científica y aprendió "cómo se llevaban a cabo los experimentos, cómo se combinaban los grupos de control con los grupos experimentales, cómo se mantenían constantes las condiciones por medio de procedimientos al azar. . ." (Rogers, 1961, p. 6). Rogers se especializó en agricultura en la Universidad de Wisconsin pero, debido a sus antecedentes familiares, se inclinaba por llegar a ser ministro protestante. En su primer año de Universidad pasó 6 meses en China en una reunión de la World Student Christian Federation y durante ese tiempo comenzó a analizar críticamente las opiniones religiosas demasiado conservadoras de sus padres y a inclinarse hacia formas más liberales del cristianismo. Como resultado, se inscribió después de su graduación

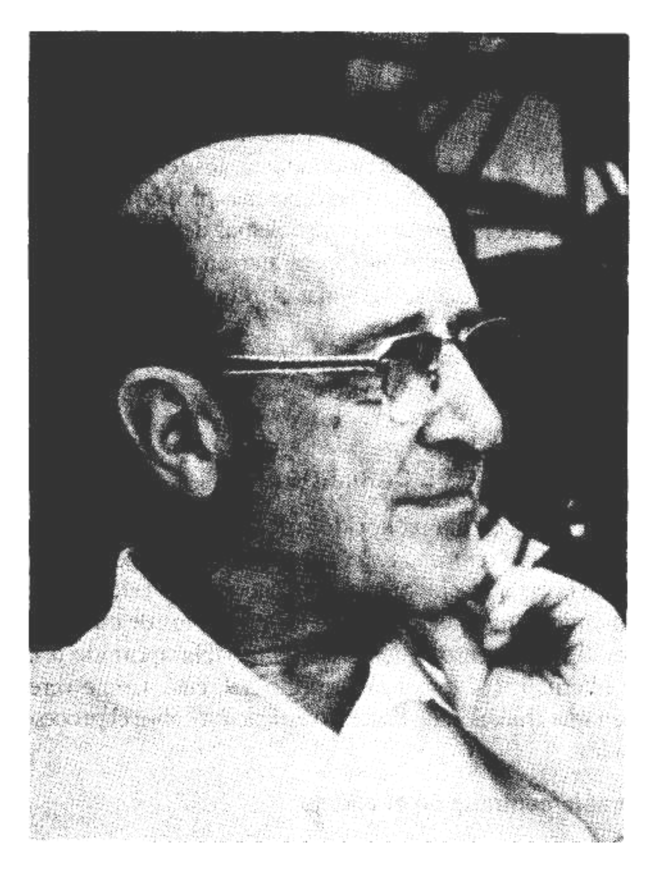


Figura 11-1 Carl Rogers (1092-) por John T. Wood, cortesía de Carl Rogers.

en el New York City's Union Theological Seminary, institución cuya orientación liberal era compatible con las nuevas ideas religiosas de Rogers.

Mientras estuvo en el Seminario, Rogers y algunos de sus compañeros formaron un grupo independiente de estudio cuyo objetivo era buscar la verdad por medio de la reflexión y la discusión acerca de dudas, conceptos e ideas personales. No había instructor. "La mayoría de los miembros de ese grupo, al reflexionar sobre las preguntas que ellos hacían se consideraron a sí mismos no idóneos para la labor religiosa. Yo fui uno de ellos." (Rogers, 1961, p. 8). En 1925, después de 2 años en el Seminario, Rogers se inscribió en el Teachers College de la Universidad de Columbia para estudiar Psicología.

Ya desde su viaje a China, Rogers había estado luchando con el concepto de autoridad. Había aprendido que en la religión, la educación, la vida de familia, los que tenían la autoridad querían decirle a la gente qué hacer, cómo pensar y qué valores adoptar. Ya había comenzado a poner en duda la sabiduría y en último término la rectitud última de este enfoque, no sólo como una fuerza en su propia vida, sino también en la de los demás. Mientras estuvo en el Teachers College, Rogers encontró que no estaba solo con su preocupación. Por medio de William Kilpatrick, un miembro de la facultad, tuvo conocimiento de la *educación progresiva*, entre cuyos conceptos estaba la noción de que la educación debía favorecer el crecimiento personal de los estudiantes acomodando las lecciones al nivel de entendimiento del alumno y ajustando el material a la medida de la necesidad del alumno. Los patrocinadores de la educación progresiva, como Kilpatrick y John Dewey defendieron también el uso de la *discusión dirigida* para ayudar a los alumnos a encontrar por sí mismos las cosas, en vez de lograrlo únicamente mediante lecturas y conferencias en que se *dice* a los estudiantes las respuestas o conclusiones correctas.

El entrenamiento de Rogers en terapia infantil en Columbia comenzó bajo la dirección de Leta Hollingsworth y continuó durante un año de internado en el Institute for Child Guidance en Nueva York. Se recordará del capítulo 2 que las clínicas de orientación infantil en este tiempo estaban dirigidas por psiquiatras, así que Rogers vivió bajo una fuerte influencia del tratamiento freudiano. Aunque "aprovechó mucho" (Rogers, 1959, p. 186) esta experiencia, Rogers se hallaba incómodo con el concepto del terapeuta-como-autoridad tal como le había sucedido con la noción maestro-como-autoridad. Así que, después de aceptar su primer empleo como psicólogo en el departamento de estudio de los niños en la Rochester (New York) Society of the Prevention of Cruelty to Children (una agencia de Orientación Infantil), Rogers se sentía cada vez más frustrado con el método de Psiquiatría dinámica que prevalecía en el tratamiento de los pacientes y sus problemas. En este momento (a principios de los años treinta), Rogers no estaba realmente seguro de qué alternativa seguir, pero sintió que tenía que haber una manera mejor de realizar el trabajo clínico.

Apareció el principio de una alternativa cuando Rogers estuvo consciente del método terapéutico de Otto Rank, sobre todo debido a la influencia de los trabajadores sociales de tendencia Rankiana en Rochester y a los escritos de Jessie Taft, una psicóloga y trabajadora social de Filadelfia. Taft había desarrollado un enfoque que llamaba *terapia de relajación*. Era una forma de tratamiento "que podía aplicarse sólo cuando se prescindía de todo intento de control" (Taft, 1951, p. 94). Los procedí-

mientos de Taft reflejaban los principios básicos que antes había establecido Rank: "El cliente individual. . . es una causa en movimiento que contiene fuerzas constructivas interiores que constituyen una voluntad hacia la salud. El terapeuta guía al individuo a la autocomprensión, la autoaceptación. El remedio es el terapeuta *como ser humano,* no su habilidad técnica... La espontaneidad y la individualidad de la terapia vivida en el presente llevan al paciente hacia la salud". (Meador y Rogers, 1973, p. 121; las cursivas no son del autor.)

Estas ideas iban bien con Rogers. Ajustaban perfectamente con los principios de educación progresiva que lo habían impresionado tanto durante sus estudios de postgrado, reflejaban su propia desconfianza creciente del tratamiento autoritario en el que el terapeuta tomaba el papel de "experto" por encima del cliente y evocaban los ideales de su niñez; "… el individualismo de los estadounidenses, la creencia en la autoconfianza, la convicción de que el individuo podría aprender a hacer lo que era necesario que él aprendiera e hiciera" (Meador y Rogers 1973, p. 120).

Durante la década de los treinta, Rogers se hizo cada vez más consciente de las fallas de la evaluación tradicional y de los conceptos del tratamiento. Por ejemplo, Rogers utilizó el método psicoanalítico expuesto por Healy (véase el capítulo 2) para ayudar a un joven incendiario a observar que su comportamiento desadaptado estaba basado en los conflictos inconscientes sobre la masturbación. Rogers se sorprendió al descubrir que el comportamiento del cliente no mejoraba. Le causó una sacudida la sola idea de que "Healy podía estar equivocado" (Rogers, 1961, p. 10). En otro momento, Rogers releyó la transcripción de una entrevista con una madre de familia que, años antes, él había considerado excelente: "Estaba horrorizado. Me parecía ahora un tipo de interrogatorio legalista e inteligente por parte del entrevistador que condenaba a esta madre por sus motivos inconscientes y le arrancaba la aceptación de su culpa. Supe entonces por mi experiencia que dicha entrevista no sería de ayuda duradera para la madre o para la prole. Me hizo darme cuenta de que me estaba alejando de cualquier método que fuera coercitivo o punitivo en las relaciones clínicas. .." (Rogers, 1961, p. 11).

Como resultado de experiencias como éstas, Rogers comenzó a incorporar en su trabajo clínico algunas hipótesis acerca del no-autoritarismo y el valor terapéutico de una buena relación humana. Contrario a la creencia popular de entonces, Rogers comenzó a pensar que "es el *cliente* quien sabe lo que le lastima, qué direcciones ha de seguir, qué problemas son cruciales, qué experiencias han estado profundamente enterradas. Comenzó a sucederme que a menos que yo necesitara demostrar mi talento y condicionamiento, confiaba más en el paciente para la dirección del movimiento..." (Rogers, 1961, pp. 11-12).

En 1937, Rogers comenzó a poner algunas de estas ideas por escrito. Su primer libro, *The Clinical Treatment of the Problem Child,* se publicó en 1939, y aunque era principalmente un manual práctico que describía la serie completa de técnicas de terapia infantil existentes entonces, contenía dos elementos dignos de atención. Primero, por supuesto estaba la tendencia de Rogers hacia la terapia de relación. Segundo, se hizo evidente su orientación hacia la investigación experimental, que obtuvo de sus experiencias anteriores en la agricultura y de la influencia de psicólogos experimentales en el Teachers College. Fue de los primeros en reconocer la necesidad de una investigá-

ción científica cuidadosa para sustentar el valor pretendido en cualquier técnica de tratamiento, incluyendo la preferida por él. Rogers señaló, por ejemplo, que aunque muchos terapeutas elogian el valor de la terapia de relación, "debido a que sus criterios son medidas en buena parte intangibles, tales como la liberación de tensiones menores y el grado más alto de comodidad personal lograda, es ciertamente difícil cuantificar los éxitos. Los que están muy interesados en la terapia de relación no mencionan el grado o proporción del éxito..." (Rogers, 1939, p. 200). El mismo año que se publicó su libro, Rogers dejó su empleo en el departamento de estudio del niño y llegó a ser director del nuevo Rochester Child Guidence Center.

Ya en 1940, Rogers comenzaba a desarrollar rápidamente un método sistemático del tratamiento al cual incorporaba sus ideas y aquellas de las personas y movimientos que lo habían influenciado. Sucedieron tres cosas importantes ese año. Primero, Rogers participó en un simposium que organizó Goodwin Watson, un profesor de Psicología de la Universidad de Columbia. En esa reunión, Rogers describió las virtudes de la terapia de relación, pero también escuchó a Watson algunas ideas muy semejantes, en formas que podían haber ayudado a moldear el pensamiento de Rogers (Sollod, 1978). Segundo, Rogers dejó su empleo en el servicio clínico de Rochester por su primer puesto académico (¡Cómo todo un profesor!) en laOhio State University. Este nuevo empleo significaba que iba a ser maestro de alumnos de postgrado, una tarea que casi invariablemente hace a un profesor agudamente consciente de lo que sabe o no sabe. El mundo académico ofreció a Rogers un escenario que lo estimuló a afinar sus puntos de vista. "Al tratar de enseñar lo que había aprendido acerca del tratamiento y orientación psicológica de los alumnos. . . cuando comencé primero a darme cuenta que quizá había desarrollado un punto de vista distinto y propio. . ." (Rogers, 1961, p. 13).

Estuvo seguro de esto a raíz del tercer suceso más importante de 1940. El 11 de diciembre Rogers dio una conferencia en el PsiChi[2] de la Universidad de Minnesota. En esa charla, intitulada "Algunos de los conceptos más recientes en la Psicoterapia", presentó sistemáticamente por primera vez sus nociones de la práctica de la terapia, incluyendo el uso del método *no directivo* que permite a los cliente resolver sus propios problemas sin la influencia o juicios del clínico. Esto incluía (1) confiar más en el impulso individual del cliente hacia el crecimiento, salud y adaptación que en las "técnicas" del tratamiento para lograr mejoras, (2) hacer hincapié en el *momento actual* de la terapia más que en el pasado como una llave para el cambio, y (3) centrarse en la relación terapéutica y la experiencia de la misma como promotora del crecimiento del cliente (Rogers, 1974). La reacción a la que Rogers subsecuentemente llamó el "nacimiento de la terapia no-directiva fue intensa. Me tomó absolutamente de sorpresa el furor motivado por la conferencia. Fui criticado, fui alabado, fui atacado y fui visto con sorpresa" (Rogers, 1974, p. 8). Entonces, como ahora, las ideas de Rogers llamaron la atención de algunas personas como una alternativa necesaria frente al método del "experto sabelotodo" del psicoanálisis y algunas de sus variantes. Por razones obvias, los freudianos y otros tradicionalistas fueron críticos muy fuertes.

[2]Una organización honoraria nacional de psicologia que está todavía muy activa.

El ser centro de controversia estimuló a Rogers a establecer aún con más claridad su posición, y en 1942, publicó un resumen completo de la terapia no-directiva en un libro llamado *Counseling and Psychoterapy.* En este libro Rogers propugnó "una relación cuyas características fueron el calor y la cordialidad del terapeuta, un clima permisivo en el cual los sentimientos del cliente pudieran ser expresados libremente y la libertad del cliente de cualquier presión o coerción. Un cliente en una relación tal, ganaría la comprensión de sí mismo. . ." que le permite entonces dar pasos positivos hacia la autoayuda (Meador y Rogers, 1973, p. 122). La orientación hacia la investigación científica de Rogers siguió siendo evidente en este libro. Informó sobre el cuidadoso análisis del contenido de las entrevistas clínicas, que por primera vez habían sido registradas en fonografía.

En 1945, Rogers organizó y llegó a ser secretario ejecutivo del Centro de Asesoramiento de la Universidad de Chicago. Durante los siguientes 12 años, Rogers continuó desarrollando y evaluando su método de tratamiento que, ya en 1946, llamaba terapia *centrada en el cliente* en lugar de no-directiva. Este cambio fue diseñado para dar importancia al papel primario del potencial de crecimiento propio del cliente y fue formalizado en el libro de Rogers en 1951, *Terapia centrada en el cliente.*

En los siguientes años, Cari Rogers continuó practicando y haciendo investigación en Psicoterapia y aplicando sus nuevos puntos de vista en una gama más amplia de contextos. Al salir de Chicago, pasó 4 años en la Universidad de Wisconsin y luego se mudó al Western Behavioral Sciences Institute en La Jolla, California. Ahora se encuentra establecido en su propio Center for Studies of the Persons, también ubicado en La Jolla. Su experiencia clínica ha cristalizado en una distinguida serie de libros. Estos incluyen *"On becoming a persorí'* (1961), *"Freedom to Learn"* (una aplicación de sus conceptos a la educación (1969), *"CariRogers on Encounter Groups"* (1970), y *"On Becoming Partners: Marriage and its Alternatives"* (1972).

Examinemos ahora el proceso de la terapia rogeriana.

El método centrado en el cliente

Era tentador llamar a esta sección "Técnicas de la terapia centrada en el cliente" pero tal título no habría captado el espíritu del método de Rogers. Él argumenta que la terapia es un *proceso,* no un conjunto de técnicas. Es un fuerte abogado de la idea de que un terapeuta no puede resolver los problemas del cliente *diciéndole* o *enseñándole* algo: "Ningún método que confíe en el conocimiento, el entrenamiento, la aceptación de algo que *enseña,* tiene algún provecho. . . Es posible que una persona se entienda a sí misma, prescribirle los pasos que la guiarán hacia adelante, capacitarla en el conocimiento acerca de un modo de vida más satisfactorio. Pero tales métodos son, según mi experiencia, fútiles e inconsecuentes. Lo más que pueden conseguir es un cambio temporal, que pronto desaparecerá, dejando así al individuo más convencido que nunca de su inadaptación" (Rogers, 1961, pp. 32-33y. El proceso real de la terapia desde el punto de vista de Rogers se condensa en una proposición "sí. . . entonces": si el terapeuta crea las *circunstancias correctas,* el cliente comenzará espontáneamente a cambiar y a cre-

[3]Rogers descarta así los enfoques de los tratamientos psicodinámicos y de aprendizaje social.

cer. En otras palabras, el proceso terapéutico ocurrirá por sí sólo, impulsado por el potencial de crecimiento del cliente, sólo cuando esté presente la atmósfera apropiada e independientemente de la "técnica" especifica o contenido de la lesión.

Todo esto está relacionado con la teoría del *self* de Rogers, que bosquejamos en el capítulo 3. El argumento básicamente es que a la gente se le impide su crecimiento por la influencia de evaluaciones y juicios que otros le imponen. Esto crea *condiciones de valor* y puede forzar a la persona o distorsionar o excluir de la conciencia alguno de sus verdaderos sentimientos. Cuando sucede esto, aparecen varias clases de síntomas. Así, si un contador realmente quisiera ser un artista, pero tuviera que ignorar esos sentimientos debido a las presiones de familia, la depresión podría ser el último resultado. El proceso de crecimiento se detendría tan pronto como el comportamiento de la persona (por ejemplo, que mostrara satisfacción con la contabilidad) se mostrara fuera de lugar, o *incongruente*, con los sentimientos reales.

En términos generales, la terapia está dirigida a proporcionar al cliente *experiencias nuevas* que reiniciarán el proceso de crecimiento. Estas nuevas experiencias incluyen principalmente la relación con una persona (el terapeuta) quien tratará al cliente en formas que no conlleven condiciones de valor, que aceptará al cliente tal como es y que lo valorará como persona. Idealmente, si se hubieran presentado dichas características en relaciones pasadas del cliente, se habrían evitado problemas psicológicos; sin embargo, su aparición en el presente puede ser útil. Por esta razón el terapeuta rogeriano intenta crear *una relación interpersonal que el cliente puede utilizar para un crecimiento personal posterior*.

Según Rogers, este tipo de relación no puede ser manufacturado o simulado: el paciente detectaría la falsedad, lo que no sería beneficioso. Para Rogers la única forma de generar una relación que incremente el crecimiento, está en que el terapeuta adopte y exprese genuinamente tres *actitudes* interrelacionadas. Estas son: *estimación positiva incondicional*, *empatia* y *congruencia*.

Estimación positiva incondicional La actitud terapéutica más básica y generalizada del sistema de Rogers es la estimación positiva incondicional. Incluye tres mensajes principales: que el terapeuta (1) se *preocupe* por el cliente como persona, (2) lo *acepte* y (3) *confie* en la capacidad de cambiar y crecer del cliente. Esto podría parecer una actitud sencilla y fácilmente adoptada (después de todo, cualquier terapeuta se preocupa por los clientes), pero en la práctica no se logra sin alguna dificultad.

Por ejemplo, hay muchas formas de "preocuparse" por alguien. Uno puede ser muy superficial en eso, como cuando termina una conversación o transacción comercial con palabras como "cuídese" o "que la pase bien". El receptor de mensajes como éstos probablemente no les presta atención ni les da significado y la persona que pronunció estas palabras no será automáticamente considerada como un amigo cercano y que se preocupa. Los rogerianos desean trascender esta clase de preocupación de rutina.

En el otro extremo, una actitud de preocupación puede ser tan fuerte y posesiva como para incapacitar a la persona, objeto de la preocupación. Un hijo al que constantemente se le *dice* cuánto se preocupan sus padres por él y cómo esta preocupación puede resultar ser un autosacrificio doloroso ("Tu madre y yo nos privamos de cosas

con tal que tú pudieras ir a la universidad") puede acabar sintiéndose culpable. En forma semejante, un joven que adora a su prometida e intenta que nunca se aleje de él puede en realidad causarle un sentimiento de ahogo y de confusión por la intensidad del cuidado. En estas situaciones, uno sospecha que el cuidado expresado se orienta en parte al hijo o a la prometida y en parte a uno mismo. Los rogerianos tratan de evitar el paralizar a sus pacientes con tales cuidados.

El ideal de "estimación" dentro del concepto rogeriano de la estimación positiva incondicional es el *cuidado no-posesivo* en el cual los sentimientos positivos genuinos se expresan al cliente en una forma que es liberadora y no limitante. De muchas maneras se puede hacer esto. La más sencilla incluye *decir* sólo al cliente: "Me interesa su situación." Esta aseveración franca tiene a menudo un lugar importante en la terapia, aunque puede ser interpretado como superficial, especialmente si se usa en exceso. Por lo tanto, en muchos casos, los rogerianos intentan también *mostrar* al cliente que se preocupan por ello.[4]

El deseo de escuchar del terapeuta es una manifestación muy importante de esta actitud. Paciente, cálido e interesado en lo que su cliente tiene que decir, el terapeuta no interrumpe al cliente o intenta cambiar el tema o da cualquier otra señal verbal o no verbal de que preferiría estar haciendo otra cosa. Además de concretarse a escuchar, el terapeuta busca entender las percepciones y sentimientos del cliente, desde el punto de vista del cliente mismo. (De esto se hablará con más detalle en la sección sobre la empatia). Para muchos clientes, hablar con alguien que tiene realmente la voluntad de escuchar y que realmente quiere entender es una experiencia nueva y estimulante que impulsa a un grado de autoexpresión sin precedentes.

El aspecto "incondicional" de la estimación positiva incondicional del terapeuta se manifiesta en su voluntad de *aceptar* al cliente tal como es, sin juzgarlo o evaluarlo. Rogers cree que la experiencia de ser valorado como se humano, sin importar la naturaleza de los sentimientos o conductas propios, puede ser una experiencia valiosa y productora que contribuye al crecimiento, especialmente para los clientes cuyo desarrollo ha sido frenado por la presencia de condiciones de valor y otras presiones de evaluación. La aceptación del cliente significa que el terapeuta debe abstenerse de muchas actividades asociadas algunas veces con el papel de terapeuta.

Entre otras cosas, el terapeuta *evita hacer interpretaciones.* Cuando el cliente expresa un sentimiento (por ejemplo: amo mucho a mis hijos), el ideal rogeriano es ver ese sentimiento como reflejo de la percepción del cliente en ese momento. Interpretar la frase como parte de una defensa en contra de un sentimiento hostil inconsciente no sería visto consistente con una actitud de aceptación. Si el cliente declara sentimientos que son ciertamente inexactos, se supone que descubrirá finalmente la emoción más genuina conforme avanza el proceso de autoexpresión.

Los rogerianos tratan con insistencia de *evitar los juicios de evaluación* acerca de sus clientes. Esto significa, por ejemplo, que el terapeuta no "reducirá" al cliente a una etiqueta de diagnóstico o a cualquier otra forma de definir al cliente por lo que

[4]Si el terapeuta realmente *no* se preocupa por el cliente, Rogers sugeriría que se trajera a un terapeuta diferente, más que intentar simular una actitud positiva.

sus problemas llevan consigo. Esto también implica aceptar los sentimientos y conductas que expresa el cliente, como de una persona valiosa, sin importar lo que puedan involucrar. A menudo esta no es una meta que se logre fácilmente. Considere su reacción propia ante una persona que dice: "desearía que mi madre estuviera muerta", o bien, "realmente no me preocupa engañar a mi marido, de cualquier forma es tan bobo que ni se dará cuenta", o bien, "nunca desee a mis hijos, y pienso echarlos de la casa en cuanto lleguen a su mayoría de edad".

Afortunadamente, el concepto rogeriano de estimación positiva incondicional no requiere que el terapeuta *apruebe* sentimientos como estos. De hecho, la meta no es aprobar o desaprobar, como se dijo antes, sino *aceptar* estos sentimientos como parte real de una persona por la que el terapeuta se preocupa. En otras palabras, mientras que el terapeuta pueda tener una reacción evaluativa de las *acciones o pensamientos* del cliente, lo ideal es que puede tener una actitud no crítica *del hecho de que hayan ocurrido.* Aún más, el terapeuta puede valuar al cliente como un individuo. Este ideal se ilustra en la siguiente interacción:

Cliente: Ese fue el semestre cuando murió mi hermano y todo parecía haberse ido abajo. Sabía qué importancia tenía para mis padres que yo entrara en la escuela de medicina, pero también sabía que mis calificaciones serían muy bajas ese año a menos que hiciera algo. Resumiendo, compré un examen final y copié en casi todos los exámenes ese semestre.

Terapeuta: Fue realmente una época dura para usted.

Obsérvese que el terapeuta se centra en los *sentimientos* del cliente respecto a la situación, no en la condición ética del comportamiento. Obviamente un aspecto principal de la estimación positiva incondicional incluye la separación de un valor del cliente como persona del valor de la *conducta* del mismo. Rogers cree que la vida familiar se mejoraría en gran parte y los problemas psicológicos no serían tan generalizados si existiera una distinción similar más generalizada de la terapia (véase Rogers 1961, capítulo 16).

El componente "positivo" de la estimación positiva incondicional es la confianza implícita del terapeuta en el potencial del cliente para crecer y resolver el problema. Rogers cree que si los clientes perciben una falta de confianza del terapeuta en el potencial de crecimiento de ellos, es poco probable que .crezcan y quizá se vuelvan dependientes. Por otro lado, "mientras con más sinceridad confie el terapeuta en el cliente para descubrirse a sí mismo y seguir sus propios procesos de cambio, más libremente lo logrará el cliente" (Meador y Rogers, 1973, p. 138). Nuevamente, el terapeuta debe abandonar algunas nociones tradicionales acerca de su papel en el tratamiento. Debe dejar de ser el "experto" que abierta o encubiertamente le dice al cliente lo que está "nial" o lo guía hacia formas "mejores" de pensar o de comportarse. Los rogerianos tratan, en particular de: (1) no dar consejo, (2) no tomar la responsabilidad en lugar de los clientes, (3) ni tomar decisiones por ellos.

Estas con casi siempre reglas muy difíciles de seguir, especialmente en casos en que el terapeuta se siente seguro de que sabe qué es lo "mejor" para su cliente o cuando parece que sin un "buen consejo" el cliente cometerá un error. Sin embargo, la confianza en los recursos del cliente tiene que rebasar lo retórico si se quiere promover el crecimiento. Esto significa que se le debe permitir al cliente tomar decisiones

malas o experimentar problemas, aun cuando se les pudiera prevenir por medio de la acción o el consejo del terapeuta. Se supone que mientras algunos problemas se podrían resolver o prevenir por medio de una advertencia o intervención, se crearían otros: el terapeuta tomaría el papel de un superior, el cliente se volvería más dependiente y, lo que es más importante, tanto el cliente como el terapeuta tendrían menos fe en la capacidad del cliente para manejar los problemas que requieren tomar decisiones independientes.

Rogers cree tan firmemente en la importancia de la confianza en el cliente que mantiene su punto de vista incluso en el caso de posibles acciones trágicas. Esto se ilustra en el siguiente fragmento del tratamiento de una joven deprimida:

Cliente: No puedo ser la clase de persona que quiero. Pienso que no he tenido las agallas, o la fuerza para matarme, y si alguien me liberara de la responsabilidad, o si sufriera un accidente, yo. . . yo. . . es que no quiero vivir.

Terapeuta: Actualmente las cosas le parecen tan negras que no ve muchas razones para vivir.

Cliente: Sí; ojalá nunca hubiera empezado esta terapia. Era feliz cuando estaba en mi mundo de sueños. Ahí podía ser la clase de persona que yo quería. Pero ahora hay una brecha amplia. . . amplia entre mi ideal y lo que soy. . .

Terapeuta: Es realmente una batalla ruda ahondar en lo que usted es, y algunas veces el refugio de su mundo de sueños parece más atractivo y cómodo.

Cliente: Mi mundo de sueños o suicidio. . . No veo por qué yo le hago perder su tiempo viniendo dos veces por semana. No valgo la pena. . . ¿Usted qué piensa?

Terapeuta: Depende de usted. . . No estoy desperdiciando mi tiempo. . . Me gustaría verla cuantas veces venga; pero así es como usted se siente. . . si no quiere venir dos veces por semana. . . o ¿si quiere venir dos veces por semana? ¿Una vez por semana? Depende de usted.

Cliente: ¿No va a sugerir que venga más seguido? ¿No está alarmado y piensa que deba venir. . . todos los días. . . hasta que salga de ésta?

Terapeuta: Yo creo que usted es capaz de tomar su propia decisión. Yo la veré cuantas veces quiera venir.

Cliente: (se observa un tono de temor en su voz). No creo que esté usted alarmado; ya veo; yo puedo tener miedo de mí misma; pero usted no está alarmado por mí.

Terapeuta: Usted dice que tiene miedo de usted misma y se pregunta, ¿por qué parece que no me alarmo por usted?

Cliente: Usted tiene más confianza en mí que yo misma. Lo veré la próxima semana, quizá. (Rogers, 1951, pp. 46-47.)

La afirmación final de la cliente parece acertada. El terapeuta sí tiene más confianza en la cliente que la que ella misma se tiene. Idealmente, esto será sólo una situación temporal, ya que se supone que ella comenzará a compartir esa confianza desde su interior. Sin embargo, Rogers señala que el terapeuta no puede adoptar fríamente una actitud de confianza y esperar que el cliente crezca: "A mí me parece que sólo en la medida que el terapeuta esté en la disposición plena de que se queda tomar *cualquier* salida, *cualquier* dirección, sólo entonces él comprende la fuerza vital

de la capacidad y potencialidad de la persona para llevar a cabo una acción constructiva" (Rogers, 1951, p. 48). Esto no significa que Rogers espera lo peor de los clientes a quienes sus terapeutas han brindado una confianza y libertad reales. Todo lo contrario: "Es como si [el terapeuta] estuviera deseando la muerte como una alternativa, y en realidad escogiera la vida; la neurosis, y en realidad escogiera la normalidad saludable" (Rogers, 1951, p. 49).

Empatia El método de Rogers es, como hemos dicho fenomenología): la conducta humana se considera como un producto de las percepciones únicas de cada persona. Así, para entender la conducta de un cliente y ayudarlo a entenderla, el terapeuta debe acercarse lo más posible a ver el mundo tal como lo ve el cliente. Según Rogers, cuando el terapeuta deja saber al cliente que realmente entiende (o por lo menos quiere entender) lo que el cliente ve y siente, aumentan las oportunidades de una relación terapéutica provechosa. En términos rogerianos, esto incluye un esfuerzo por una *empatia* fiel o una *comprensión empalica*.

La empatia requiere que el terapeuta esté totalmente entregado al esfuerzo por *percibir* los sentimientos del cliente, pero no requiere que el terapeuta *viva la experiencia* de esos sentimientos (Rogers, 1951). Esto es un punto importante porque si el terapeuta realmente sintiera el temor o la ira del cliente, la sesión de terapia se convertiría sólo en un lugar para que dos personas ¡se atemoricen o se enojen juntas! También es importante reconocer que la empatia no se logra *simpatizando* con el cliente. Un comentario como: "Realmente lamento que se sienta tan deprimido" refleja bondad y simpatía pero no empatia.

Igualmente un terapeuta que sólo *dice* al cliente que empatiza, no comunica una actitud de empatia. Es muy común en la terapia y en la vida diaria, oír a la gente que dice: "realmente sé lo que sientes", o bien, "entiendo por lo que estás pasando", o bien, "yo me he sentido así". Si, como los fenomenólogos creen, las percepciones de cada persona son únicas, requiere más trabajo por parte del terapeuta aproximarse a una comprensión genuina de los que se siente ser un cliente. De hecho, se puede decir que cuando alguien utiliza una frase sencilla como: "sé cómo se siente" realmente están comunicando una *falta* de interés aun cuando en realidad trate de entender. Imagine su propia reacción si, después de ofrecer un amplio relato de sus sentimientos complejos acerca de, digamos, la muerte de un abuelo, le dicen "yo también me he sentido así". Probablemente sería fácil poner en duda el grado en que ellos (1) saben lo que usted siente o (2) quieren saber como se siente.

No es fácil comunicar una actitud empática al estilo rogeriano, especialmente para los terapeutas formados y entrenados en el análisis intelectual. Para ilustrar el problema y el ideal empático de apoyo presentamos un extracto del inicio de una sesión de terapia con un joven. A medida que lo va leyendo y al terminarlo trate de estar consciente de sus propias reacciones.

Cliente: No me siento muy normal, pero quisiera serlo... pensé que tendría algo de qué hablar, pero todo me da vueltas. Trataba de pensar lo que iba yo a decir. Luego al llegar aquí no funciona. . .le digo, parecía que iba a ser mucho más fácil antes de venir. Le digo, no puedo tomar una dicisión; no sé lo que quiero. He tratado de razonar esto con lógica, he intentado imaginar las cosas que serían importantes para mí. Pensé

que quizá haya dos cosas que un hombre podría hacer; podría casarse y crear una familia. Pero si fuese sólo un soltero, irla pasando. . . eso no es muy bueno. Me encuentro a mi mismo y a mis pensamientos retrocediendo a los días cuando yo era niño y lloro con mucha facilidad. El dique se romperá. Estuve en el ejército cuatro años y medio. No tuve problemas entonces, tampoco esperanzas, ni deseos. Mi única idea era salirme cuando se lograra la paz. Mis problemas, ahora que estoy fuera, son los mismos. Le digo que se remontan a mucho tiempo antes de que estuviera en el ejército... Quiero a los niños. Cuando estaba en Filipinas.. . le digo, cuando era joven juré nunca olvidar mi infeliz infancia. . . así que cuando vi a los niños de Filipinas, los trataba muy amablemente, acostumbraba darles helados y llevarlos al cine. Eso fue sólo un período. . . volví. . . y eso despertó algunas emociones en mí que yo había pensado estaban enterradas. (Una pausa. Parece estar a punto de llorar) (Rogers, 1951, pp. 32-33).

Muchos terapeutas reaccionarían a este material con simpatía y con un deseo de entender intelectualmente (es decir "imaginar") al cliente. Al hacerlo así utilizan lo que Rogers ha llamado *marco externo de referencia.* Esto es que intentan comprender como observadores externos y aplicando sus propios valores, ideas y principios teóricos lo que el cliente dice y hace. Se presentan en la columna izquierda de la tabla 11-1 algunos ejemplos de ideas de terapeutas basadas en el marco externo de referencia. Por otro lado, el terapeuta podría adoptar un marco *interno* de referencia que reflejara el deseo por entender qué semejaría ser este cliente. La columna derecha de la tabla 11-1 contiene algunos de los pensamientos del terapeuta que podrían presentarse. Observe la diferencia en contenido y tono.

Tabla 11-1 Algunos pensamientos de terapeutas que reflejan los marcos externos de referencia contra los marcos internos de referencia

Externos	Internos
Me pregunto si habré conseguido que comenzara a hablar.	Quiere luchar hacia la normalidad, ¿no es cierto?
¿Es esta incapacidad una cubierta para cierto tipo de dependencia?	Le cuesta trabajo comenzar
¿Por qué es esta indecisión? ¿Qué es lo que la causa	Parece imposible para usted tomar decisiones.
¿Qué significa este énfasis en el matrimonio y la familia?	Quiere matrimonio, pero no le parece una buena posibilidad.
El Ifanto, la "presa" suena como si hubiera una aran rearesión.	Se siente usted mismo rebosante de sentimientos infantiles.
Él es un veterano. ¿Podría haber sido un caso psiquiátrico? Siento pena por cualquiera que haya pasado cuatro años y medio en el servicio.	Para usted el ejército representó estancamiento.
¿Qué es este interés en los niños?	Ser amable con los niños en alguna forma tuvo significado para usted, pero fue —y es— una experiencia perturbadora para usted.
¿Identificación? ¿Homosexualidad vaga?	

Fuente: Rogers. 1951, pp. 33-34.

Por supuesto, el terapeuta rogeriano no sólo debe *adoptar* una actitud de empatia sino que debe *comunicarla* al cliente. Esto se lleva a cabo verbalmente y no mediante alguna de las formas de escuchar activamente que se describen en el capítulo 5. El uso del *reflejo* es de valor particular para comunicar la empatia, un método de entrevista que sirve para el doble propósito de (1) comunicar el deseo del terapeuta por lograr la comprensión emocional o lograrla, y (2) hacer que el cliente tenga más conciencia de sus propios sentimientos.

El uso del reflejo es probablemente uno de los aspectos más mal entendidos de la terapia centrada en el cliente, ya que para un observador externo, el terapeuta puede parecer estar diciendo lo que.es obvio o sólo repitiendo lo que el cliente ha dicho. En una broma famosa sobre este método, se dice que Rogers respondió de la siguiente manera a un cazador de patos enfurecido que amenazaba disparar a Rogers, si él no le cedía un presa en disputa "sientes que es tu pato".

En realidad, sucede mucho más en una sesión de terapia Rogeriana que simplemente repetir las afirmaciones del cliente. En primer lugar, el sólo reflejar no es únicamente repetir a parafrasear, conlleva la *destilación* y la "reproducción" de los sentimientos del cliente. La persona que lo hace bien, según Rogers, probablemente ayudará más. Tomemos algunos ejemplos.

Cliente: Este ha sido un día malo; he tenido que contener el llanto tres o cuatro veces. Lo peor es que ni siquiera estoy seguro qué es lo que está mal.

La respuesta del terapeuta podría orientarse hacia lo externo (por ejemplo: bien, ¿qué sucedió exactamente?), pero una reacción que intenta comunicar empatia podría ser como la siguiente:

Terapeuta: Te sientes muy mal. Has llorado interiormente y debe ser un tanto alarmante el ni siquiera saber por qué te sientes así.

A primera vista, el clínico parece ser un loro, pero examinemos más detenidamente la respuesta. La cliente nunca dijo que se sentía mal. El terapeuta lo infirió al tomar el punto de vista de ella. De modo semejante, la cliente nunca expresó que su tristeza la asustaba; el clínico *sintió* que éste podría ser el caso si él estuviera en el pellejo de la cliente. Si el terapeuta se equivoca sobre uno u otro de estos puntos, el cliente tiene ocasión de corregir el reflejo. Correcto o equivocado, el terapeuta ha permitido al cliente conocer que él realmente desea comprenderlo.

Otro punto a propósito de la comunicación de la empatia por medio del reflejo: el mensaje no verbal del terapeuta puede ser tan importante como lo que haya dicho (véase capítulo 5). El tono de la voz, la expresión facial, la postura corporal y otras indicaciones pueden incrementar (o disminuir) la actitud empática. Esto es difícil de expresar en una página impresa, pero Rogers (1951, p. 28) nos proporciona un ejemplo útil.

> He aquí la afirmación de un cliente "me siento como si mi madre estuviera siempre observándome y criticando lo que hago. Esto me irrita interiormente. Trato de que no suceda, pero tú sabes, hay veces, cuando siento su ojo de águila sobre mí, hiervo internamente".
> La respuesta del consejero podría ser: "Te molestan sus críticas."
> Esta respuesta puede darse empáticamente en un tono de voz, si se fraseara de la siguiente manera: "Si te entiendo bien, te sientes muy molesto por su crítica ¿Es

así?" Si ésta fuera la actitud y tono que se usara, sería probable que el cliente la experimentara como una ayuda para su autoexpresión. Hemos aprendido de los intentos de los consejeros en etapa de entrenamiento que: "te molestan sus críticas" puede ser dicho con la misma actitud y tono con que se podría anunciar: "Tienes sarampión" o. . . "Estás sentado en mi sombrero.

El mejor modo de sentir esta dimensión no verbal de la empatia es ver y oír a Rogers o a un rogeriano experimentado en acción.[5] Una de las mejores oportunidades para lograr esto, la proporciona la conocida película en la que Rogers entrevista a "Gloria" como una demostración de su método (véase Rogers, 1965). Material similar se encuentra en otras películas (Rogers, 1978 y también en las cintas grabadas que distribuye American Academy of Psychoterapist. (Véase el pie de p. No. 5.)

Un tercer punto que se debería entender a propósito de comunicar empatia es que el proceso es más lento. El uso del reflejo por parte del terapeuta puede o no dar frutos en una sesión; sin embargo, Rogers piensa que, con el tiempo, la actitud empática dará la sensación al cliente, aún a> más apartado e introvertido, de que el terapeuta lo entiende. La *experiencia continua* de esta actitud comprensiva conducirá al cliente, según Rogers, al crecimiento.

Congruencia En las dos últimas secciones le hemos dado importancia en varias ocasiones a la empatia real, más que a la fabricada, igualmente que a una aceptación positiva incondicional. Esta importancia es parte de la creencia general de Rogers de que entre más *genuino* sea el terapeuta en todos los aspectos de su relación con el cliente, mayor será la ayuda que prestará. La idea es que los sentimientos y acciones del terapeuta deben ser *congruentes* o consistentes unos con otros. "Esto quiere decir que necesito ser consciente de mis propios sentimientos y (desear) expresar en mis propias palabras y por mi conducta, los diversos sentimientos y actitudes que existen en mí. (Rogers 1961, p. 33.)

De acuerdo con Rogers, cuando el terapeuta es genuino o congruente, establece un relación humana real. Constrastando fuertemente con el punto de vista freudiano, Rogers arguye: "No ayuda el actuar con calma y bondad, cuando de hecho estoy enojado y en una posición crítica. No ayuda el actuar como si conociera las respuestas, cuando no es así. . . dicho de otra forma: No he encontrado que sea una ayuda efectiva en mis relaciones con otros el tratar de mantener una fachada; actuar de manera diferente en la apariencia, cuando de hecho mi experiencia interna es totalmente diferente. (Rogers 1961, pp. 16-17). Rogers cree en el valor de la congruencia. . . aun cuando las actitudes que siento no me agraden o no parezcan conducir a una buena relación (Rogers 1961, p. 33).

La congruencia representa un requisito más bien extraordinario y que con frecuencia le resulta difícil cumplir al terapeuta (o a cualquier otro). El terapeuta debe abandonar cualquier concepto con visos de paternalismo en el sentido de

[5]Los rogerianos no son los únicos terapeutas que comunican empatia a sus clientes, pero son los que probablemente le dan mayor importancia en las sesiones terapéuticas.

que expresar una reacción o un sentimiento particular pudiera "no ser tan bueno para el cliente", y debe seguir adelante y ser genuino. Actuando asi, el terapeuta no toma como suya la responsabilidad de la vida del cliente, expresa su confianza en la capacidad del cliente para manejar los sentimientos del terapeuta, y si éstos son totalmente negativos muestra la disposición de arriesgar un retroceso temporal en la relación. Se espera que a la larga el cliente caiga en la cuenta que el terapeuta es una persona real (y no alguien a quien se le paga para que sea amable) y esto le ayudará en el proceso de la autoactualización.

Para darse una idea de cómo la congruencia podría promover la confianza, piénsese en un amigo cercano y valioso. Quizá hubo en el pasado ocasiones de que él te dijera algo, que no te hubiera gustado oir. Quizá te dijo que estabas mal vestido, o que te costaba trabajo tratar a la gente, o que estabas equivocado en algo. Una vez que supiste que tu amigo te diría lo que realmente sentía (esto es, que era congruente en su trato contigo) aunque no te hiciera feliz, era mucho más fácil confiar en la validez de lo que esa persona pudiera decirte hoy a la semana entrante. Pero si conoces que tu amigo algunas veces te dice sólo lo que tú deseas escuchar (eres grande, estoy totalmente de acuerdo, eres de mis preferidos) tu fe en sus reacciones podría reducirse considerablemente.

En cierto modo, un buen terapeuta rogeriano tratará al cliente como a un amigo. No tratará de ser algo que no es, en parte porque esto sería en detrimento al crecimiento personal del *terapeuta* y en parte porque eso podría empobrecer el modelamiento.

Consideremos una muestra de una interacción terapéutica-cliente que ilustra una de las formas en que se puede presentar la congruencia.

Cliente: Realmente me he sentido mejor en muchas cosas, desde que comenzamos a vernos. Si mi padre hubiera sido tan comprensivo como usted, pienso que mi niñez hubiera sido más fácil (pausa). Suena tonto decirlo, pero desearía que usted fuera mi padre.

Terapeuta: Sería bueno que fuera mi hijo.

La afirmación del cliente hubiera llevado a un freudiano a analizar la transferencia evidente, o, de alguna otra forma, a mantenerse emocionalmente alejado; la respuesta rogeriana fue un reflejo de cómo él (el terapeuta) *sentía.*

Considere otro ejemplo.

Cliente: Se ve realmente cansado doctor. ¿No se siente bien hoy?

Terapeuta: (que realmente se siente exhausto). Oh, no, estoy bien. De cualquier modo es más importante cómo se siente usted.

Este es un caso obvio de incongruencia en el terapeuta. Es probable que el cliente no sólo vea a través de la fachada del terapeuta; o terminará probablemente sintiéndose culpable de hacer trabajar a una persona enferma cuando ésta preferiría estar en casa. El clínico podría sencillamente haber dicho: "Me siento muy enfermo, pero quería mucho tener nuestra sesión de hoy." Si esto realmente refleja los sentimientos del terapeuta, ayudará a fortalecer la relación terapéutica.

Finalmente, imagine este intercambio:

Cliente: Me siento desamparado. Dígame qué estoy haciendo mal en mi vida.

Terapeuta: Supongo que cuando te sientes tan mal, piensas que sería bueno que alguien viniera y te dijera lo que estás haciendo mal y cómo puedes corregirlo. Realmente desearía poder hacerlo, pero no puedo. No creo que alguien pueda hacerlo.

Observe el reflejo del terapeuta sobre los sentimientos del cliente más la expresión directa de: (1) su genuino deseo de entender y resolver los problemas del cliente y (2) su admisión de que simplemente no es capaz de tal hecho. Un terapeuta que no tiene todas las respuestas pero que dice: "¿No cree que sería mejor si usted lo resolviera?" sería, según Rogers incongruente. Estaría comunicando la sugerencia sutil de que *sabe* él lo que está equivocado, pero no lo diría. Tal mensaje crearía inferioridad en el cliente más no crecimiento.

Naturaleza del cambio en la terapia centrada en el cliente

Dijimos al principio que la terapia centrada en el cliente se condensaba en una proposición "si. . . entonces": sí el terapeuta creara las condiciones correctas, entonces el cliente cambiaría y progresaría. Ahora es el momento de describir las dimensiones en que, según Rogers, ocurren el cambio y el crecimiento.

Incremento de consdencia *(A wareness)* Se cree que la experiencia de la terapia **es** para poner a los clientes en contacto más cercano con la naturaleza verdadera de sus propios sentimientos, muchos de los cuales pueden haber sido previamente negados o mantenidos fuera de la conciencia. Aún más, el centro de la conciencia tiende a cambiar del pasado o del futuro al presente inmediato: cómo el cliente siente aquí y ahora. Estos cambios e incrementos de la conciencia generalmente concentran más la atención en el *self,* que en síntomas específicos como el objetivo de la exploración.

Incremento de la autoaceptación A través del tiempo, el cliente se vuelve menos autocrítico y más autoaceptante. Es más probable que asuma responsabilidades por sus sentimientos y conducta y menos probable que culpe a las circunstancias externas y otras personas por esos sentimientos y conductas. El cliente invierte menos tiempo tratando de negar aquellas cosas acerca del *self* que no son ideales. El cliente puede decidir más tarde tratar de cambiar algunas de esas cosas, pero ya no niega que sean suyas. Parte del incremento en la autoaceptación, según se cree, se basa en el descubrimiento gradual de que, a pesar de las cosas que pueden ser menos que admirables, el cliente es a fin de cuentas, una persona básicamente buena.

Comodidad interpersonal incrementada Conforme avanza la terapia, las relaciones humanas se tornan más llevaderas para el cliente. Los juegos interpersonales defensivos y las estrategias semejantes que tienen por fin mantener a las otras personas distantes se abandonan y el cliente comienza a experimentar el placer de permitir a los otros conocerlo como realmente es.

Incremento de la flexibilidad congnoscitiva Como ha observado Kelly (1955) y otros, las personas tienden a tener problemas cuando observan al mundo con rigidez, en términos de blanco y negro (por ejemplo, "todos los hombres son despreciables" o

"todos los maestros son egoístas"). Se considera que para que la terapia centrada en el cliente tenga éxito, debe llegar al abandono de los puntos de vista limitados (y limitantes) del mundo, de modo que el cliente sea capaz de percibir la interminable variedad que existe. Es probable que las nuevas cogniciones (por ejemplo, "el comportamiento de algunos hombres es ciertamente despreciable, aunque esto no siempre es válido") promuevan una conducta menos problemática.

Incremento de la autoconfianza Es probable que el cliente termine sintiéndose menos dependiente de otros y más confiado de sus recursos y capacidades personales. Esto incluye una mayor autoconfianza en la toma de decisiones, solución de problemas y manejo de las tensiones, pero también incluye un mayor foco en el self como una fuente de *evaluación.* Un cliente en crecimiento es el que se vuelve menos dependiente de las opiniones y reacciones de otros, no las toma como medida de la autoestima y en cambio se orienta más hacia las evaluaciones internas. En términos conductuales, el cliente puede volverse menos temeroso de las situaciones sociables, susceptibles de evaluación (por ejemplo, discursos, exámenes, fiestas) porque llega a sentir que lo que él piensa de sí mismo es por lo menos tan importante como lo que otros piensan de él. Rogers ve estos cambios como el resultado del giro en el *proceso de valoración* del cliente. El cliente se preocupa menos de los "debería" y "tengo que" (por ejemplo, "me debería gustar ser estudiante") y más de cómo se siente en el momento (véase Cuadro 11-1). Así, es pro-

Cuadro 11-1 Autoevaluación versus la evaluación de parte de los demás

Se dan algunos ejemplos de pensamientos basados en la preocupación por la evaluación de los demás (columna izquierda) y otros cuyo foco principal se centra en la autoevaluación (columna derecha).

1 Nunca debería enojarme con nadie	1 Debería enojarme con una persona cuando me siento enojado, porque esto deja menos efectos residuales que reprimir el sentimiento, y realmente crea una relación mejor y más realista.
2 Debería ser siempre una madre cariñosa.	2 Debería ser una madre cariñosa cuando así me siento, pero no debo sentir temor de otras actitudes que se presenten.
3 Debería tener éxito en la escuela	3 Debería tener éxito en la escuela sólo si ésta tuviera un gran significado para mí.
4 Tengo impulsos homosexuales, lo cual es muy malo.	4 Tengo impulsos homosexuales y éstos son capaces de expresiones que me benefician a mí y a otros, y de expresiones que logran lo contrario.

Fuente: Rogers, 1951. pp. 149-151.

bable que el cliente en crecimiento separe (como lo hizo el terapeuta) su valor como *persona* de la cualidad y adecuación de su *conducta*.

Rogers cree que los cambios que ocurren durante estas dimensiones en el curso de una terapia exitosa son relativamente consistentes en todos los clientes. Ha resumido estos cambios en una *escala del proceso terapéutico* que se presentan en forma sucinta en el Cuadro 11-2.

Funcionamiento mejorado Además de los cambios psicológicos internos recién descritos, Rogers observa que los beneficios evidentes también siguen a una terapia exitosa centrada en el cliente.

> La conducta del cliente cambia en estas formas: él considera e informa haber puesto en práctica una conducta más madura, autodirigida y responsable que la observada anteriormente; su conducta se vuelve menos defensiva, más firmemente basada en una visión objetiva del se//y de la realidad; su conducta muestra un nivel decreciente de tensión psicológica, tiende a adaptarse en forma más fácil y efectiva en la escuela y en el trabajo; enfrenta las nuevas situaciones de tensión con un mayor grado de calma interior, una calma que se refleja en un malestar fisiológico menor. . . que el que hubiera tenido de no haber entrado a la terapia.[2].(Rogers, 1951, p. 186)

Cuadro 11-2 Siete etapas del proceso del cambio terapéutico

Etapa 1:	La comunicación versa sobre algo externo. Existe falta de voluntad para comunicar el *self.* Los sentimientos y significados personales no son reconocidos ni como tales ni como propios. Los constructos son extremadamente rígidos. Las relaciones cercanas son consideradas como peligrosas.
Etapa 2:	Los sentimientos son algunas veces *descritos* pero como *objetos* del pasado, externos y que no pertenecen al *self.*
Etapa 3:	Hay mucha descripción de sentimientos y significados personales que no están presentes ahora. Estos sentimientos distantes son considerados como inaceptables o malos... se da un incipiente reconocimiento de que algunos de los problemas que existen son internos del individuo más que externos.
Etapa 4:	Los sentimientos y significados personales son descritos como objetos presentes propiedad del *self. . .* Hay un ablandamiento inicipiente de los constructos personales. .. Hay alguna expresión de autorresponsabilidad ante los problemas.
Etapa 5:	Se expresan muchos sentimientos en el momento que ocurren y asi se experimentan en el presente inmediato. Estos sentimientos se hacen propios o se aceptan... Se cuestiona la validez de muchos constructos personales. La persona asume su responsabilidad ante los problemas que existen en él.
Etapa 6:	Los sentimientos negados previamente son ahora experimentados con aceptación e inmediación.
Etapa 7:	El individuo vive cómodamente en el proceso cambiante de su experiencia. Se experimentan nuevos stntimientos con riqueza e inmediación, y esta experiencia interna es un referente claro de la conducta. La incongruencia es mínima y temporal.

Tomado de Corsini, R.J. (ed) *Current Psychoterapies. ¡taca. Illinois; Peacock Publishers, Inc. Copyright 1973, by Peacock Publishers, Inc. (Reimpreso con permiso.)*

Ilustración de una terapia centrada en el cliente

Ya que la terapia centrada en el cliente, como otros métodos de tratamientos fenomenológicos, se centra más en los procesos que en las técnicas, el material precedente puede haber dejado al lector la idea de los principios que guían la terapia rogeriana, pero alguna incertidumbre sobre la forma en que estos principios se combinan y trasladan a la práctica clínica. Como ya observamos, las películas y cintas de las sesiones rogerianas dan introducciones excelentes de cómo se ve y se escucha realmente la aplicación del método. También se pueden conseguir algunas transcripciones en los estudios de casos amplios (por ejemplo, Rogers, 1951, 1961). Para dar sólo una idea brevísima de lo que realmente sucede en la terapia centrada en el cliente, presentamos algunos extractos del caso de Rogers (1967), "El joven silencioso", como lo llamaron Meador y Rogers (1973, pp. 139-144).[6]

En este caso el cliente era un nombre de 28 años, que había sido hospitalizado como un "esquizofrénico simple". Durante los 11 meses previos a la terapia, "Jim" (un pseudónimo) había mejorado un poco, pero todavía se encontraba distante y silencioso. En lugar de clasificar al cliente como un "caso perdido", Rogers continuó adoptando las actitudes terapéuticas que, creía, originarían el crecimiento al fin.

Terapeuta: Veo que hay algunos cigarrillos en el cajón, ¿hm? Sí, hace calor, (silencio de 25 segundos).

Terapeuta: Se ve un poco enojado esta mañana o ¿es mi imaginación? (el cliente mueve ligeramente la cabeza). No está enojado, ¿verdad? (silencio de un minuto y 26 segundos).

Terapeuta: ¿Te gustaría decirme qué te pasa? (silencio de 12 minutos 52 segundos).

Terapeuta: Quiero decirte que "si puedo ayudarte en algo, cuentes conmigo". "Pero si es algo que tú mejor. . . si prefieres permanecer dentro de ti, está bien. . . creo que lo que en verdad te estoy diciendo es que "me interesas". No estoy sentado aquí como un palo" (silencio de 1 minuto y once segundos).

Terapeuta: Y creo que tu silencio me dice, que no quieres, o que no puedes salir en este momento y está bien. No te molestaré, sólo quiero que sepas que estoy aquí, (silencio de 17 minutos 41 segundos).

[Después de dos comentarios sin respuesta durante el minuto posterior, Rogers continúa.]

Terapeuta: Quizá esta mañana sólo quieres que me calle. . . y a lo mejor debiera hacerlo, pero sigo sintiendo como si quisiera. . . estar en contacto contigo de alguna manera.

(silencio de 2 minutos 21 segundos) (el cliente bosteza)

Terapeuta: Pareces cansado o desanimado.

(silencio de 41 segundos)

Cliente: (¡Al fin!) No. Sólo mal.

Terapeuta: Todo esta mal, ¿eh? ¿Te sientes mal?. . .

[6]Se puede conseguir una cinta grabadora con dos entrevistas completas a este cliente para uso profesional en la American Academy of Psychoterapists en 6420, City Line Avenue, Philadelphia, PA. Se identifica como el caso "Mr. VAC".

Cliente: No.

Terapeuta: ¿No?

(silencio de 20 segundos)

Cliente: No, sólo siente que no soy bueno para nadie, nunca lo fui y nunca lo seré.

Terapeuta: Así te sientes ahora, ¿eh? Qué no eres bueno para ti mismo, no eres bueno para nadie. Que no vales absolutamente nada, ¿eh?

Cliente: Sí. Eso fue lo que me dijo el tipo con el que fui a la ciudad el otro día. . .

Terapeuta: Creo que el significado de eso, si estoy en los cierto, ¿es que aquí hay alguien que. . . te importó lo que piensa de ti? Te dijo que él piensa que eres muy malo. Y esto realmente te quitó el piso. [Jim llora en silencio.] Esto te hace llorar.

Cliente: Pero no me importa.

Terapeuta: Tú dices que no te importa nada, pero de alguna forma creo que una parte de ti se preocupa porque una parte de ti llora por eso. . .

Cliente: Creo que siempre lo he sabido.

Terapeuta: Si te entiendo bien, lo que te lastima más que todo, es que él te diga que no eres bueno; que es lo que tú siempre has pensado de ti. Es lo que quieres decir [Jim asiente moviendo la cabeza]... Así que por lo que él dice y por lo que quizá sientes, te sientes casi tan malo como el peor de todos.

[El cliente continúa llorando. Rogers después de reflejar los sentimientos de tristeza y desesperanza del cliente, por algunos momentos más, termina la entrevista. Tres días después tiene lugar otra sesión. Después de algunos comentarios iniciales del terapeuta, el cliente comienza]:

Cliente: Me voy a ir.

Terapeuta: ¿Te vas a ir? ¿Realmente vas a huir de aquí? Ya sé que no te gusta el lugar, pero debe haber sucedido algo especial ¿o qué?

Cliente: Sólo quiero huir y morir.

Terapeuta: M-m, M-m, M-m. Ni siquiera te quieres ir de aquí para ir a alguna parte. Solamente quieres dejar este lugar y morir en un rincón, ¿eh?.. . No lo puedo evitar pero me pregunto si todavía es cierto que algunas cosas que este amigo te dijo ¿son aún parte de lo que te hace sentir tan mal?

Cliente: En general, sí.

[Los siguientes 30 minutos fueron utilizados para reflejar los sentimientos negativos del cliente y en guardar silencio de hasta 13 minutos].

Cliente: Podría irme hoy. ¿A dónde? No sé, pero no me preocupa.

Terapeuta: Siento que te decidiste y te vas a ir. (silencio de 53 segundos).

Cliente: Por eso me quiero ir, porque no me importa lo que suceda.

Terapeuta: M-m, M-m, M-m. Por eso te quieres ir, porque realmente no te preocupas por ti mismo. Precisamente no te preocupa *lo que* suceda. Y creo que me gustaría decir. . . Yo me preocupo por ti. Y me preocupa lo que pase.

Después de un silencio de 30 segundos, el paciente se pone a llorar con sollozos violentos. Durante los siguientes quince minutos, Rogers (quien estaba retrasado para otra cita) refleja las emociones intensas que expresó el cliente.

Según Rogers éste es un momento importante del cambio terapéutico. "Jim Brown, quien se ve a sí mismo como terco, amargado, maltratado, sin valor, inútil, sin esperanza y sin posibilidad de ser amado, *experimenta* mi cuidado por él. En ese momento su coraza defensiva se rompe y se abre, y nunca podrá volver a ser la misma". (Meador y Rogers, 1973, p. 145). Este cliente pudo abandonar el hospital después de varios meses de tratamiento y 8 años después informó a Rogers que era feliz, tenía empleo y era independiente.[7]

Aplicaciones del método centrado en el cliente

Como es evidente a partir de este caso ilustrativo, Rogers cree que su método de tratamiento se puede aplicar con éxito a clientes que muestran conductas "psicóticas" severas así como a aquellos marcados como "neuróticos" o con "desórdenes de personalidad". También vale observar que, aunque Rogers comenzó su trabajo de tratamiento clínico en contextos de uno-a-uno, sus ideas y principios han sido recientemente aplicados en contextos de grupos de varias clases (por ejemplo, Rogers, 1970). Ciertamente, muchos de los conceptos de Rogers tienen aplicaciones en situaciones no terapéuticas, incluidos la educación de niños, relaciones conyugales, educación y relaciones interpersonales en general. (Véase Rogers, 1961).

LA TERAPIA GESTALT DE FRITZ PERLS[8]

Después del método de Rogers centrado en-el-cliente, la terapia gestalt de Friedrich S. (Fritz) Perls es probablemente la forma más conocida y más popular de un entrenamiento orientado fenomenológicamente. Los dos métodos se parecen en alguna forma. Al igual que Rogers, Perls creía que el desarrollo humano depende de la conciencia de uno mismo y, lo mismo que la terapia centrada en el cliente, la terapia gestalt tiene por objetivo aclarar y aumentar la conciencia que de sí mismos tienen los clientes para liberarlos y permitirles que sigan progresando en sü propia manera única y conscientemente guiada. Sin embargo, los métodos por los cuales el terapeuta gestalt trabaja para alcanzar estas metas difieren profundamente del modo rogeriano. Como habremos de ver, la terapia gestalt requiere de un terapeuta más activo y utiliza una serie de procedimientos más dramáticos. Antes de describir el proceso en sí debemos echar una mirada rápida a los orígenes del método de Perls.

Algunos antecedentes de la terapia gestalt

Friedrich (o Frederick) S. Perls nació en Berlín, Alemania, en 1893. En el curso de su vasta educación recibió tonto el doctorado en medicina (especialista en psiquiatría) como un doctorado en Psicología. Como es de esperarse su entrenamiento *psiquiátri-*

[7]Rogers (1951) menciona otro caso en que el terapeuta y el cliente dijeron casi nada durante meses de sesiones. Aun asi la experiencia de una relación empática y genuina pareció acarrear beneficios notables.

[8]Gestalt: palabra alemana que significa "configuración", "sistema total", por ser ya internacional referida a esta teoría psicológica especifica, la conservamos en el texto. (N. de R.T.)

co europeo fue profundamente psicoanalítico; estudió en los Institutos Psicoanaliticos de Berlín y de Viena. No obstante, su *orientación psicológica* fue la de los gestálticos. Esto quiere decir que la influencia que él había recibido lo llevó a considerar el organismo humano como un todo unificado, en lugar de un conjunto fragmentado de componentes antagónicos, y, centrarse en los procesos activos perceptuales y organizacionales y no sólo los instintos, como partes centrales para el desarrollo y la guía del comportamiento humano (véase el Capítulo 3).

Los antecedentes educativos de Perls lo colocan en una posición especialmente ventajosa para poder explorar las implicaciones de la Psicología de la gestalt basada en el laboratorio y así mejorar los sufrimientos del tratamiento clínico. Esta exploración ocupó a Perls desde la década de 1940 hasta su muerte en 1970.

Él se describía a sí mismo como un judío errante y, de hecho, vivió en muchos lugares. Cuando Hitler llegó al poder en Alemania, Perls se fue primero a Johannesburgo, en África del Sur (donde estableció el Instituto Sudafricano para Psicoanálisis) y, después, en 1946 a Nueva York. Para entonces las ideas de Perls sobre la terapia habían llegado a la etapa en que ya no iba a fundar otro instituto psicoanálitico sino The New York Institute of Gestalt Therapy. A mediados de los años 1960, Perls se mudó a Big Sur, California, en donde se convirtió en psiquiatra asociado en el Esalin Institute, ". . .un centro de vanguardia cultural y educacional, donde la gente se reunía para experimentar las nuevas tendencias de las relaciones humanas" (Kempler, 1973, p. 252). Antes de su muerte Perls se mudó a Vancouver en Bristish Columbia, (Canadá) donde fundó otro instituto para terapia gestalt.

Las discrepancias de Pearls con los conceptos clásicos freudianos aparecieron por primera vez en su libro *"Ego, Hunger and Aggression: A Revisión of Freud's Theory and Method"* (El yo, el hambre y la agresión: revisión de la teoría y el método freudiano) (1947). Fue en este libro donde por primera vez abordó el papel vital que tiene la *conciencia* (awarness) en el desarrollo y mantenimiento de un comportamiento humano "normal" y mencionó que cuando aparece un comportamiento desordenado esto indica que el proceso de crecimiento psicológico se obstruyó por defectos lagunas o distorsiones en la conciencia (véase el Capítulo 3). Estas ideas finalmente condujeron a la formulación sistemática de un enfoque alternativo al tratamiento clínico que Perls llamó la terapia gestalt (Perls, 1969, 1970; Perls, Hefferline y Goodman, 1951).

Perls notó que los trastornos en la conciencia y los problemas que los acompañan asumen muchas formas, incluyendo los síntomas neuróticos clásicos y los mecanismos de defensa descritos por Freud y otros. Al igual que Adler y Sullivan, sin embargo, Perls parecía centrarse en estos síntomas y defensas según se manifiestan en las esferas interpersonales. Él notaba por ejemplo, que las personas a quienes por distintas razones les es incómodo experimentar y expresar ciertas necesidades, (tales como el amor) *directamente* pueden desarrollar estrategias manipuladoras, juegos o papeles que tienen por objeto satisfacer esas necesidades de manera indirecta. La persona puede empezar a dedicar más y más energía a la elaboración y mantenimiento de estos juegos y papeles (Adler los llamaría parte del estilo inadaptado de vida), con el resultado de que se tiene menos energía cada vez para un crecimiento adaptativo. Sin duda, el proceso de crecimiento de la

persona se "atora" o se bloquea puesto que esta persona busca aferrarse a los juegos problemáticos creando síntomas y defensas adicionales. La persona cuyas interacciones con otros se basan en enfermedades aparentemente constantes o en miedos o en agresiones o en inadecuación, nos ofrece una ilustración familiar. Los papeles de este tipo tienden a forzar a los demás a aceptar el juego y ser solicitos, cariñosos o cualquier otra cosa, pero como los demás están siendo manipulados, el juego pronto se convierte en una carga para ellos y puede dar por resultado un rechazo. El cliente entonces tiene que encontrar a otra persona "con quien jugar".

Perls señaló que para empeorar las cosas la conciencia distorsionada o suprimida a menudo crea la impresión de que la persona *no* es *responsable* de sus propios problemas. Generalmente se culpa a otros ("mi problema es mi esposa"), a circunstancia ambientales ("no hay gente interesante en esa ciudad"), o a fuerzas internas sobre las cuales el cliente no tiene influencia ("no puedo controlar mi enojo"). Este tipo de cliente probablemente busca al terapeuta como una persona que le pueda resolver los problemas en lugar de él mismo. Una observación relacionada con esto y que subraya Perls es que la mayoría de los clientes entran en la terapia aparentemente para entenderse y resolver sus problemas pero de hecho lo que en realidad quieren es simplemente desempeñar mejor sus juegos neuróticos. Una ilustración común de este fenómeno la ofrece el hombre que quiere que lo cuiden (pero no puede tolerar estar consciente de esta necesidad) y que encuentra una satisfacción indirectamente contándole a los demás su larga lucha hacia la comprensión de sí mismo por medio de la terapia.

Metas de la terapia gestalt

Los terapeutas de la gestalt están orientados hacia unas cuantas metas básicas en el curso del tratamiento. Sobre todo, al igual que otros clínicos orientados fenomenológicamente, los terapeutas gestálticos buscan restablecer el proceso interrumpido del crecimiento del cliente. Esto se logra ayudando a los clientes (1) a estar conscientes de los sentimientos, deseos e impulsos que han *desconocido* o *negado* como propios *(disowned)* pero que son sin duda parte de ellos mismos y (2) reconocer los sentimientos, ideas y valores que ellos creen que son genuinamente parte de sí mismos, pero que en realidad los han tomado prestados y los han adoptado de otras personas.

A medida que se logra esta conciencia, el cliente es instado a que asimile o vuelva a hacer suyos *(reown)* los aspectos genuinos del self que había rechazado y a que rechace las características que no le pertenecen en realidad. Idealmente cuando uno asimila e integra todos los aspectos de la personalidad (tanto los deseables como los no tan deseables) uno puede estar consciente de uno mismo y responsabilizarse de uno mismo como uno realmente es, en lugar de estar apegado y defender una autoimagen parcialmente falsa, e internamente en conflicto.

Por ejemplo, una persona que realmente se siente superior a los demás pero que se ha obligado a sacar este sentimiento de la conciencia que tiene de sí mismo a favor de un aire de humildad más aceptable socialmente va a estar consciente y a poder expresar las dos partes del conflicto (es decir, "soy lo máximo" versus "no debo presumir"). Una

vez que los dos lados o polos de este conflicto básico se juntan para enfrentarse uno al otro, el cliente podrá más fácilmente encontrar alguna forma de resolución (por ejemplo "está bien que yo exprese mis sentimientos de competencia, pero necesito también tomar en cuenta los sentimientos de los demás"). Mientras que quede fuera de la conciencia uno de los dos lados del conflicto no es posible esa resolución. Según Perls, las resoluciones al conflicto empiezan a ocurrir en presencia de una conciencia total de los dos polos y entonces la persona empieza a crecer otra vez.

El método de la terapia gesta 11

Como en el caso de la terapia centrada en el cliente, la relación entre terapeuta y cliente en la terapia gestalt es idealmente una relación de igual a igual que implica un crecimiento mutuo. Como lo señala Kempler (1973, p. 266), "el terapeuta es como un compositor de música que se enfrenta a un instrumentista connotado. El compositor espera que entre los dos juntos se originen nuevas y bellas músicas.

Concentración en el aquí y en **el ahora** Como otros fenomenológos, Perls creía firmemente que el progreso terapéutico sólo puede lograrse manteniendo al cliente en contacto con sus sentimientos en la medida en que ocurren en el presente inmediato, en el "aquí y el ahora". Expresó esta creencia en una ecuación conceptual en la que "ahora = experiencia = conciencia = realidad" (Perls, 1970, p. 14). Cualquier intento por parte del cliente de contar el pasado o anticiparse al futuro se contempla no sólo como una resistencia y una obstrucción a las metas de la terapia sino como un escape de la realidad.

Más aún, en lugar de *reflejar* (como lo haría un rogeriano) la nostalgia del cliente o el deseo de buscar el futuro, un terapeuta gestáltico va a señalar directamente la evasión y a insistir en que se termine. Un ejemplo excelente de este método fue el que nos dio Perls en su entrevista filmada con "Gloria" (Perls, 1965). En un momento, Gloria dice que lo que le ocurre en la entrevista le recuerda momentos de cuando ella era niña. Perls inmediatamente le pregunta: *"¿Es* usted una niña?" A lo que Gloria responde: "Bueno, no, pero es la misma sensación." De nuevo, Perls le pregunta: "¿Es usted una niña?" Gloria contesta: "La sensación me lo recuerda." Perls explota: *"¿Es usted una niñaV* La cliente finalmente dice: "No."

El mantener al cliente en contacto con el presente inmediato sirve a un propósito más allá del reducir la evasión de los sentimientos actuales. Ayuda también a que el cliente vea que el pasado o el futuro pueden ser importantes *en el presente.* Hablar *del* pasado o del futuro en abstracto no lleva al cliente a ninguna parte, según Perls, pero *experimentar* sentimientos del pasado o miedos del futuro según se presentan en la sesión de terapia puede ayudar. Por ejemplo, pensemos en la frase:

Cliente: Mi hermana y yo nos peleábanos mucho cuando éramos chicas, pero de alguna manera parecíamos estar más cerca una de la otra de lo que estamos ahora.

En lugar de reflejar los sentimientos aquí expresados, el terepeuta gestáltico probablemente trataría de evitar que el cliente hablara *acerca de* sus sentimientos como "cosas" que existían antes y ponerlo en contacto con la forma como se siente actual-

mente. Para lograrlo, se le puede pedir al cliente que hable con su hermana como si estuviera presente y que le exprese sus sentimientos inmediatos:

Terapeuta: ¿Puede decir eso a su hermana ahora?

Cliente: Bueno. Me siento muy lejos de ti ahora, Jennie. Quiero volver a sentirme dentro de la familia otra vez.

Noten que al pedirle al cliente que "hable" directamente a una persona del pasado, un *informe* general e intelectualizado de un sentimiento se convierte en un sentimiento inmediato *y presente* del cual el cliente puede estar claramente consciente.

Enfocar el presente es también evidente en el lenguaje de la terapia gestalt. Por lo general se le pide a los clientes, por ejemplo, que hablen en tiempo presente. Una frase como ojalá hubiera podido hablar con usted anoche se contempla como menos expresiva de los sentimientos presentes que una frase como "Tengo muchas ganas de hablar con usted".

El manejo de la resistencia. Perls, como Freud y otros, se dieron cuenta de que una vez que el cliente encuentra un conjunto de síntomas, juegos y defensas que funcionan, aunque sea imperfectamente, para protegerlo del dolor del conflicto y de la conciencia de sí mismo, el cliente va a resistirse ha hacer cualquier otro esfuerzo para avanzar o hacer a un lado estos síntomas, juegos o defensas. Sin embargo, Perls creía que en lugar de contemplar la resistencia solamente como una barrera inanimada al crecimiento, que el cliente debe reconocer y quitar, es valioso que el cliente explore la naturaleza específica de la resistencia.

Para ayudar al cliente a que haga esto, Perls utilizaba una técnica que le servía en otros aspectos de la terapia también. Esta técnica es *el juego de papeles* o el tomar un papel. Así, pues, al cliente que muestra resistencia o que habla de la resistencia se le pide qué "se convierta" en esa resistencia para ganar una conciencia clara y *experimental* de lo que la resistencia hace por él. Polster y Polster (1973, p. 53-54) presentan un ejemplo idealizado de esta técnica. John, miembro de un grupo de terapia gestalt tiene dificultades para hablar con otro miembro del grupo, Mary, porque según él existe un muro entre ellos. El terapeuta le pide a John que "actúe" de muro:

John (como muro): Aquí estoy para protegerte en contra de esta mujer predadora que te va a comer vivo si te abres a ella.[9]

Ahora el terapeuta le pide a John que "converse" con su resistencia para experimentar cabalmente ambos lados del conflicto que le impiden relacionarse fácilmente con los demás de una manera íntima:

John (al muro): ¿No estás exagerando? A mi me parece que ella se ve bastante tranquila. La verdad, más bien se ve asustada.

John (como muro): Claro que está asustada. La culpa es mía, yo soy un muro muy severo y asusto a muchas personas. Así quiero que sean las cosas y hasta a ti te he afectado también. Tú estás asustado de mí aunque yo realmente estoy de tu lado.

[9]Nótese que "al convertirse" en su resistencia como existe en el presente, John experimenta y expresa sus sentimientos directamente en lugar de hablar de sus dificultades en un nivel abstracto e intelectual. Perls de modo sucinto expresó su desconfianza del análisis intelectual opuesto a la conciencia sensorial con la frase muy citada "afloje la mente y llegue a sus sentidos".

John (al muro): Me asustas e incluso te siento dentro de mí, como si me hubiera convertido en ti. Siento mi pecho como si fuera de hierro y me estoy enojando por eso.

John (como el muro): Enojándote, ¿por qué? Yo soy tu fuerza y ni siquiera lo sabes. Siente lo fuerte que eres por dentro.

John (al muro): ¡Claro que siento la fuerza! Pero también me siento rígido cuando mi pecho se siente como hierro. Me gustaría golpearte, tirarte y seguir a Mary.

En este momento el terapeuta gestáltico le pide al cliente que *haga* realmente lo que *siente,* es decir que derribe el muro y por lo menos en esta situación que resuelva el conflicto de una manera que le ayude a crecer.

Terapeuta: Golpea el hierro.

John (se golpea el pecho y grita): ¡Quítate de mi camino! ¡Quítate de mi camino! (silencio de unos momentos). Mi pecho se siente fuerte; pero no como si estuviera hecho de hierro (después de otra pausa, John empieza a llorar y le habla a Mary): Ya no siento ningún muro entre nosotros y en realidad quiero conversar contigo.

Manejar la resistencia de esta forma no es más que un ejemplo del proceso general de la terapia gestalt en el que los distintos lados de conflicto se juntan y se expresan. Por supuesto que no siempre es así de fácil que el cliente se haga consciente de los sentimientos que normalmente se van a ocultar. Donde Freud empleó la libre asociación para ayudar a sus clientes a explorarse a sí mismos, Perls empleó una batería de otros métodos, varios de los cuales se describen en las siguientes secciones.

Frustrar al cliente Según se mencionó anteriormente, Perls creía que la mayor parte de los clientes vienen a la terapia esperando sentirse mejor sin tener que cambiar realmente o que dejar sus papeles y juegos inadaptados. Como le parecía que el permitir que sus clientes siguieran utilizando su estilo acostumbrado en la terapia sería una pérdida de tiempo para todo el mundo, Perls se dirigía inmediatamente a frustar los esfuerzos de los clientes para relacionarse con él como lo harían normalmente con otras personas. Ya fuera en terapia individual o de grupo, la persona con la que Perls trabajaba en un momento dado se encontraba siempre en la silla del acusado en el sentido de que se centraba toda la atención en él, y cualquier cosa que indicara síntomas, juegos o resistencias se exploraba y se señalaba.

Supongamos, por ejemplo, que un cliente empieza en su primera sesión con la frase "tenía muchas ganas de estar con usted en esta sesión. Espero que usted me pueda ayudar". En lugar de reflejar este sentimiento o de preguntarle al cliente por qué se siente así, un terapeuta gestáltico probablemente se centraría en el aspecto manipulador de la frase que aparentemente incluye el mensaje "espero que usted me ayude sin que yo tenga mucho quehacer". Así pues, el terapeuta diría: "Cómo cree usted que yo le puedo ayudar." A esto el cliente (un tanto desconcertado) podría responder: "Bueno, yo tenía la esperanza de que usted me ayudara a comprender por qué soy tan infeliz." De aquí el terapeuta continuaría frustrando el intento del cliente de que él asumiera la responsabilidad de resolver los propios problemas del cliente y en este proceso le ayudaría al cliente a experimentar sus sentimientos reales de la situación:

Terapeuta: Dígame a qué se refiere cuando dice "infeliz". (Uno de los principales principios de la terapia gestalt, que se parece a algunas formas de aprendizaje social es pasar del problema general a sus manifestaciones específicas.)

Cliente: Bueno no sé, simplemente no estoy satisfecho conmigo mismo. Como que nunca puedo.. . no sé: me cuesta mucho trabajo expresarlo y es muy complicado para mi.

Terapeuta: ¿Cuántos años tiene?

Cliente: Treinta y seis.

Terapeuta: ¿Y a los 36 años usted no me puede decir lo que lo hace sentirse infeliz?

Cliente: Ojalá pudiera, pero estoy muy confundido de mí mismo.

Terapeuta: (que en este momento infiere que el cliente está haciéndose el tonto para evitar asumir la responsabilidad o enfrentarse a los problemas): ¿Puede usted hacer el papel de que va a tratar de ayudarse? Si usted estuviera en mi lugar, ¿qué diría y qué haría?

Cliente: Bueno, podría usted decirme: "No se preocupe, voy a encontrar la manera de saber cuáles son sus problemas y de ayudarle a resolverlos."

Terapeuta: Bueno, ahora dígamelo, dígame cómo, según usted, yo puedo hacer todo esto por usted.

Cliente: Ah, bueno, ya veo a lo que se refiere, me supongo que en el fondo lo que quiere es que usted tenga alguna pildora mágica o algo por el estilo.

En este momento el terapeuta puede repetir su pregunta sobre cuáles son los problemas del cliente y es ahora cuando probablemente obtenga una respuesta más madura.

Uso de signos no verbales El comportamiento no verval es una fuente muy importante de materia prima en la terapia gestalt. Si el terapeuta va a frustar al cliente en sus intentos de jugar jueguitos durante el tratamiento, debe estar muy atento a lo que el cliente dice y a lo que hace. El canal no verbal se contempla como una carrera especialmente útil de mensajes obvios pero sutiles, que a menudo contradicen las palabras del cliente. En un ejemplo clásico, Perls (1965) reconoce que su cliente *dice* que está asustada, pero sonríe al mismo tiempo. Perls le dice que está fingiendo Ge señala que alguien asustado no sonríe) y, en el curso de una iracunda réplica, el cliente empieza a estar consciente de que el miedo que trasmitió es parte de un juego interpersonal que le ayuda a que los demás se preocupen por ella.

A continuación otra ilustración:

Cliente: Me preocupa mucho estar tan nerviosa con la gente.

Terapeuta: ¿Con quién se pone usted nerviosa

Cliente: Con todos.

Terapeuta: ¿Conmigo? ¿Aquí? ¿Ahora?

Cliente: Sí, muy nerviosa.

Terapeuta: Qué extraño porque no me parece que esté nerviosa.

Cliente (de pronto se frota las manos): Bueno, pues ¡sí estoy!

Terapeuta: ¿Qué está haciendo con las manos?

Cliente: Nada, me las froté. No es más que un ademán.

Terapeuta: Haga ese ademán otra vez. (La cliente vuelve a frotar las manos) Otra vez, fróteselas otra vez más fuerte. (El cliente se las frota con más fuerza.) ¿Qué siente cuando se frota las manos?

Cliente: Me siento apretada, como constreñida.

Terapeuta: ¿Puede usted convertirse en esta tirantez o encogimiento? ¿Puede usted entrar en contacto con esa sensación de apretado, con lo que le podría decir esa sensación a usted?

Cliente: Bueno, estoy apretada. Todo lo aprieto. Pongo la tapa en las cosas para que no se escape nada.

Las manos apretadas hicieron que el terapeuta se preguntara qué es lo que expresaba con ese gesto. En lugar de preguntar *por qué* el cliente se apretaba las manos, señaló *lo que* el cliente estaba haciendo. Después le pidió que se *concentrara* en las sensaciones que se asocian a ese ademán al repetir y exagerar el gesto. Una vez que las sensaciones que se tienen por medio del gesto se expresan, el cliente debe identificarse con ellas y hablar sobre ellas. El resultado es que el cliente expresa un sentimiento *defensivo* sobre el estar en la terapia que originalmente se había descrito vagamente como estar nervioso.

El uso de los sueños. En la terapia gestalt, los sueños se consideran no solamente como el cumplimiento de deseos sino como mensajes de la persona hacia sí misma. Después de contar un sueño se le pide al cliente que lea el mensaje que le transmite al representar el papel de algunos o de todas las características y personajes del sueño. En el proceso, Perls consideraba que el cliente podía hacerse consciente y asimilar partes de sí mismo que dice que no le pertenecen o que le son inaccesibles por alguna otra causa. A continuación, un ejemplo de cómo usaba Perls el material de los sueños:

Linda: Soñé que estaba viendo un lago. . . que se secaba y había una isla pequeña en el centro del lago, y un círculo de marsopas. . . son como marsopas sólo que pueden pararse, así que son marsopas que se parecen a la gente, y están en un círculo, como en una ceremonia religiosa y es muy triste. . . me siento triste porque pueden respirar, están como bailando alrededor del círculo, pero el agua, que es su elemento, se está secando. Así que es como una muerte... como ver a una raza de personas, a una raza de criaturas, que se mueren. Y casi todas son hembras, pero algunos tienen un pequeño órgano masculino así que también hay machos, pero no vivirán lo bastante para reproducirse y su elemento se está secando. Y hay uno que se sienta aquí cerca de mí y yo estoy hablando con esta marsopa y tiene espinas en la panza, como una especie de puerco espín, pero no parecen ser parte de él. Y me parece que hay algo bueno sobre el hecho de que el agua se seque, creo... bueno por lo menos en el fondo, donde toda el agua se seca, quizá haya alguna especie de tesoro, porque en el fondo del lago debe haber cosas que se han caído ahí, como monedas o algo, pero busco cuidadosamente y no puedo encontrar más que una placa vieja. . . ese es el sueño.

Perls: Quiere por favor representar a la placa.

Linda: Soy una vieja placa de automóvil, que lanzaron al fondo de un lago. No sirvo para nada porque no valgo nada —aunque no estoy oxidada— estoy fuera de la circulación así que ya no pueden usar como placa y. . . nada más me tiran a la basura. Eso es lo que yo hice con una placa, la tiré a la basura.

Perls: Bien, ¿como se siente acerca de esto?

Linda: (en voz baja) No me gusta, no me gusta ser una placa de automóvil, que no sirve para nada.

Perls: ¿Podría hablar sobre esto? El sueño duró mucho, antes de que encontrara la placa: estoy seguro de que debe ser muy importante.

Linda (suspiro): Inútil. No sirve para nada. . . Una placa sirve para que. .. un coche pueda, tenga permiso de... y yo no puedo darle a nadie permiso de hacer nada porque yo no sirvo. . . En California nada más le pegan un. . . se compra una calcomanía.. . se le pega al coche, en la placa vieja. (Leve intento de humor) Así que quizá alguien me podría poner en su coche y pegarme la calcomanía, no sé. . .

Perls: Bueno, hora represente el lago.

Linda: Soy un lago. . . me estoy secando, y estoy desapareciendo, me estoy sumergiendo en la tierra. . .(con un toque de sorpresa) *muriendo*.. .Pero cuando me absorba la tierra, me convierto en parte de la tierra, así que quizá entonces riego la parte de alrededor, así que. . . incluso en el lago, incluso en mi lecho, pueden crecer flores (suspiro). Puede nacer nueva vida. . . de mí (llora). . .

Perls: ¿Entiende el mensaje existencial?

Linda: Si (con tristeza, pero con convicción). Puedo pintar. .. puedo crear. . . puedo crear belleza. Ya no me puedo reproducir, soy como la marsopa. . . pero yo, estoy. . . yo. . . tengo ganas de decir que soy alimento. . . yo como el agua se convierte en. . . yo riego la tierra, y doy vida, las cosas crecen, el agua. .. necesitan tierra y agua, y el. . . aire y sol, pero como el agua del lago, puedo tener que ver en algo y producir, alimentar.

Perls: Ya ve el contraste: En la superficie encuentra usted algo, algún artefacto. .. la placa, la parte de usted que es artificial. . . pero cuando va a mayor profundidad, se da cuenta de que la aparente muerte del lago es en realidad la fertilidad. . .

Linda: Y no necesito una placa o un permiso, una licencia para. . .

Perls: (amablemente): La naturaleza no necesita una licencia para crecer. No tiene usted por qué ser inútil, si es usted organísmicamente creativa, lo que significa si usted está involucrada.

Linda: Y no necesito permiso para ser creativa... gracias. (Perls 1969, pp. 81-82).

Otros métodos El terapeuta gestalt emplea una serie de métodos además de los anteriores para ayudar a sus clientes a que tengan una mayor conciencia y para promover el volver "reowning", el reconocer aspectos alineados de la personalidad que han desconocido como suyos. Estos métodos están descritos con detalle en Levitsky y Perls (1970); vamos a mencionar brevemente unos cuantos a continuación:

1. Uso de mensajes directos e inmediatos La terapia gestalt propicia que haya una comunicación directa como medio para que el cliente pueda asumir la responsabilidad de sus sentimientos. En una terapia de grupo el cliente que señala a otro cliente y dice "ella me hace sentir muy incómoda" probablemente se le pediría que repitiera-el mensaje directamente a la persona implicada: "Tu me haces sentir incómoda." De la misma manera,' 'se prefiere hablar en primera persona antes que en tercera persona" ,Una frase como "me pone furiosa o furioso oír eso" incluye un mensaje sutil de que "algo" es responsable del enojo del cliente. Probablemente sería estimulado volver a plantear la frase (por ejemplo, "estoy enojado contigo"). Se prohibe decir chismes

sobre personas que no estén presentes. Se parte del supuesto de que se está evadiendo la responsabilidad de sentimientos y de afirmaciones si el objeto de dichos sentimientos y frases está ausente. Finalmente, se pide a los clientes por lo general que conviertan las *preguntas* indirectas en afirmaciones directas y responsables. El mensaje detrás de la pregunta: "¿Cree que me voy a sentir mejor de como me siento ahora?", quizá sea en realidad "tengo muchísimo miedo de que para siempre voy a estar deprimida y que voy a llegar a matarme". De ser así es importante que el cliente esté consciente de este miedo y así lo exprese.

2. Se *prohiben las discusiones intelectuales* Así como el terapeuta trata de evitar hacer preguntas abstractas sobre el "por qué" del comportamiento (por ejemplo, por qué cree usted que se siente así?", el cliente en la terapia gestalt no debe utilizar análisis intelectuales elaborados para evitar una conciencia inmediata del aquí y ahora. La persona que empieza a exponer una teoría sobre un problema en particular (por ejemplo, "la verdad es que creo que todo esto se reduce a una carencia básica de confianza en sí mismo que surge de una época en la que me parecía que mis padres me rechazaban") probablemente se le pedirá que se identifique con y se "convierta" en la persona carente de confianza en sí misma en el presente. O bien, algún comportamiento no verbal que acompañara el análisis teórico podría ser enfocado por parte del terapeuta quien quizá pediría una exageración del movimiento en particular como medio de sacar el "mensaje" de dicho movimiento al primer plano.

De cualquier manera, no se permitirá a los clientes que den vueltas alrededor de discusiones intelectualizadas *acerca* de los sentimientos.

3. Uso de diálogos internos y de técnicas relacionadas con esto Ya hemos visto cómo a los clientes en la terapia gestalt deben "convertirse" en alguna de sus características y resistencias. En muchas situaciones, especialmente en trabajos con grupos, esta técnica se hace más complicada para incluir "conversaciones" extensas no solamente entre las distintas "partes" de la persona sino entre el cliente y el ausente (incluso personas fallecidas) del pasado con quien el cliente tiene un "asunto no concluido". Entre los diálogos internos más significativos se encuentran el que sería entre el superyo o la conciencia del cliente (llamado "el mandamás") ("topdog") y la parte que es suprimida por "debes" y "deberías" "el sumiso" (underdog). Otros métodos relacionados con esto hacen que el cliente "represente la proyección". Aquí, el supuesto es que cuando las características no reconocidas de uno mismo se proyectan en otras personas (por ejemplo, "¡Ella es tan dependiente!"), la mejor manera de estar consciente y de reconocer los sentimientos involucrados en esto es hacer una representación de papeles. Las *reversiones* también se utilizan para alcanzar modos semejantes de conciencia. Supongamos, por ejemplo, que una persona niega con vehemencia tener sentimientos de ternura hacia los demás y transmite una imagen de frialdad y autosuficiencia. A esta persona se le podría pedir que representara una persona cálida y amorosa que necesita de los demás. En el proceso, el cliente puede entrar en contacto con los sentimientos exactos que ha estado suprimiendo.

Ilustración de una terapia gestalt

El siguiente resumen de un grupo gestalt nos da cierta idea de cómo los distintos métodos descritos antes se integran en la práctica. En este caso la escena no es terapia

per se, sino un taller dirigido por Perls en el que cada miembro del grupo se colocaba por turnos en el "lugar caliente" (hot seat) (Perls, 1969).[9] La cliente "Jane" había trabajado con Perls antes y por lo tanto muestra estar más familiarizada con el método de que se esperaría de un nuevo cliente; fuera de eso los precedimientos son muy representativos.

Jane: Nunca terminé el sueño que empecé la última vez que trabajé aquí y creo que la última parte es tan importante como la primera. Me quedé en que estaba en el túnel del amor.

Perls ¿Qué te estás rascando? (Jane se ha estado rascando la pierna.)

Jane Mmm. . . nada más estoy sentada, un minuto, para poder estar realmente aquí. . . Ahora estoy en la zona intermedia, y estoy. . . pensando en dos cosas: Debo trabajar sobre el sueño o debo trabajar sobre lo que me pica, porque es algo que hago mucho... voy a regresar al sueño [Jane habla de su sueño y a continuación empieza a contar lo ansiosa que se siente en este momento].

Perls: Nos estás contando un sueño o ¿estás haciendo un trabajo?

Jane: Estoy contando un sueño, pero está inmóvil. . . no estoy contando un sueño.

Perls: Mmm. Definitivamente no.

Jane: No puedo decir que esté realmente consciente de lo que estoy haciendo. Excepto físicamente. Estoy consciente de lo que me está pasando físicamente pero, no sé realmente lo que estoy haciendo.

Perls: Me fijé en una cosa: Cuando pasas al lugar caliente, dejas de jugar a hacerte la tontita.

Jane: Mmm, me asusta estar acá arriba.

Perls: Te mueres.

Jane:... Estoy pensando si me muero o no. He notado que tengo las piernas frías y que tengo los pies fríos. Me siento, me siento rara... noto que mi atención se concentra en la cajita de cerillos en el piso.

Perls: Ten un encuentro con la caja de cerillos.

Jane: [a la caja de cerillos] En este momento dejo de mirarte... porque no sé qué está pasando y no sé lo que estoy haciendo, ni siquiera sé si estoy diciendo la verdad.

Perls: ¿Qué te contesta la caja de cerillos?

Jane: [en el papel de caja de cerillos]: No me importa si dices la verdad o no. A mí no me importa. Yo no soy más que una caja de cerillos.

Perls: Pruébate esto. Dinos: "No soy más que una caja de cerillos."

Jane: No soy más que una caja de cerillos y me siento tonta de decir esto. Me siento medio tonta de ser una caja de cerillos... Un poco útil, no muy útil. Hay millones como yo. Y ustedes me pueden ver y yo les puedo gustar, y cuando me acabe me pueden tirar a la basura. Nunca me ha gustado ser una caja de cerillos... No sé si es verdad cuando digo que no sé lo que estoy haciendo. Sé que hay una parte de mí que si sabe lo que estoy haciendo... Ella dice (con autoridad): Bueno, tú sabes donde estás.

[10]Es importante anotar que aunque la persona en el "asiento caliente", es el centro de atención, sin embargo no está sola. En muchos casos, otros miembros del grupo también interactúan con el cliente y con el terapeuta (Polster y Polster 1973).

Estás haciéndote la tonta. Estas haciéndote la estúpida. Estás haciendo esto y haciendo aquello. . . Ella dice (abruptamente): Ahora cuando te sientes en la silla tienes que estar en el aquí y en el ahora, tienes que hacerlo *bien,* tienes que estar en onda, tienes que saberlo todo.

Perls: "Tienes que cumplir con tu trabajo."

Jane: Tienes que cumplir con tu trabajo, y tienes que hacerlo *bien.* Y tienes que, estar totalmente autorrealizada, y tienes que quitarte todas tus broncas...

[Ahora Jane espontáneamente vuelve a ser la persona asustada y le habla a su yo exigente]: Realmente me la pones difícil... De veras me estás exigiendo mucho... Yo no lo sé todo y encima de eso no sé lo que estoy haciendo casi nunca...

Perls: Entonces tienes que ser el mandamás (topdog) otra vez.

Jane: Es que...

Perls: Tú mandamás. Ese es el famoso mandamás. El mandamás virtuoso. Ahí es donde está el poder.

Jane: Aja. Bueno. . . este. . . soy tu mandamás. No puedes vivir sin mí. Yo soy el que. . . hace que se fijen en ti, Jane. Si no fuera por mí, nadie se fijaría en ti. (Ahora Jane le responde al "mandamás"): Bueno, no quiero que se fijen en mí, *tú* si. . . A mí realmente no me importa tanto que se fijen en mí como a ti.

Perls: quiero que ataques la parte virtuosa de ese "mandamás".

Jane: Atacar. . . la parte virtuosa.

Perls: El mandamás siempre es virtuoso. El mandamás *sabe* lo que tienes que hacer, y tiene todo el derecho de criticarte, etcétera.

Jane: Sí. . . eres una desgraciada! Igual que mi mamá. Tú sabes lo que me conviene. Me haces la vida muy difícil. . .

Perls: Ahora, por favor, no dejes de hacer lo que estás haciendo con las manos, pero dinos qué le está pasando a tus manos. . . Deja que hablen tus manos una con la otra.

Jane: Mi mano izquierda. Tiemblo, y estoy en un puño, estirado hacia adelante. . . el puño está muy apretado, aprieta las uñas adentro de mi mano. No se siente bien pero lo hago todo el tiempo. Me siento apretada.

Perls: ¿Y la mano derecha?

Jane: Te sostengo por la muñeca.

Perls: Dile por qué la detienes.

Jane: Si te dejo suelta vas a pegarle a alguien. No sé lo que vas a golpear, pero tengo.. . tengo que detenerme por que no puedes hacer eso. No puedes andar golpeando las cosas.

Perls: Ahora pégale a tu mandamás.

Jane: [lanza unos gritos cortos y duros].

Perls: Habíale ahora a tu mandamás: "Deja de molestarme"—

Jane: [le grita "al mandamás"]: ¡Déjame en paz!

Perls: Otra vez.

Jane: ¡Déjame en paz!

Perls: Otra vez.

Jane: [gritando y llorando]: *¡Déjame en paz!*

Perls: Otra vez.

Jane (grita y llora): ¡Déjame en paz! No tengo que hacer lo que tú digas (sigue llorando). ¡No tengo que ser tan buena!.. . !No tengo que estar en esta silla! ¡Tú me obligas! ¡Tú me obligas a venir aquí!. . . Quisiera matarte.

Perls: Repite eso.

Jane: Quisiera matarte.

Perls: Otra vez.

Jane: Quisiera *matarte.*

Perls: ¿Puedes exprimirlo con la mano izquierda?

Jane: Es casi de mi tamaño... Lo estoy estrangulando [Perls le da a Jane una almohada que ella estrangula mientras que llora y hace ruidos de ahogada].

Perls: Bueno. Tranquilízate, cierra los ojos (largo silencio). Bueno, regresa con nosotros.

[Más adelante en la sesión Perls le pide a Jane que convierta a su mandamás perfeccionistas en "sumiso" y que le hable.]

Jane: [al perfeccionista mandamás]... No tienes que hacer nada y no tienes que demostrar nada (llora). No tienes más que veinte años. No tienes que ser la reina...

Jane [en el papel de su mandamás perfeccionista]: Bueno, entiendo eso. Lo sé. Nada más que *tengo prisa.* Tengo *mucha* prisa... Tienes que darte prisa y los días se pasan y piensas que estás perdiendo el tiempo o algo por el estilo. Te exijo *demasiado.* Tengo que dejarte en paz.

Perls: . . .Deja que tu mandamás diga: "Voy a ser un poco más paciente contigo."

Jane [como el mandamás] . . .Voy a ser un poco más paciente contigo.

Perls: Repítelo.

Jane: Me cuesta mucho trabajo ser paciente... Pero voy a tratar de ser más paciente contigo. . . y mientras digo eso estoy pateando con el pie y moviendo la cabeza.

Perls: Bueno, di "no quiero ser paciente contigo".

Jane: No quiero ser paciente contigo. [Perls le pide a Jane que repita esto y que asuma la responsabilidad de lo que siente al repetir esta afirmación ante varios miembros del grupo]

Perls: Bueno, ¿cómo te sientes ahora?

Jane: Bien.

Perls: Tú entiendes, el mandamás y el sumiso no están juntos todavía. Pero por lo menos el conflicto está claro ha salido al aire, quizá es un poco menos violento. (Perls 1969, pp. 264-272).

Se pueden conseguir otras descripciones detalladas y ejemplos de casos de terapia gestalt en Perls (1970), Polster y Polster (1973), y Rosenblatt (1975).

Aplicaciones de la terapia gestalt

Como en el caso de Rogers, Perls consideraba que su método era igualmente valioso para terapia individual que para terapia en grupo con personas en distintas categorías de diagnóstico (por ejemplo, neurosis), pero también creía que podría ser un camino útil para aumentar la conciencia y mejorar el funcionamiento de la gente en general.



Figura 11-2 Muchos grupos de sensibilidad o de crecimiento hacen ejercicios como éste para favorecer una mutua confianza entre sus miembros.

Perls creía que todos hasta cierto punto carecen de una conciencia total y recomendaba distintos ejercicios individuales y de grupo que aumentaran el contacto con uno mismo, con los demás y con distintos aspectos del medio ambiente inanimado (Perls, Hefferline y Goodman, 1951). Muchos de estos ejercicios se han convertido en parte de una gama amplísima de grupos de sensibilización, grupos de encuentro y grupos de crecimiento personal, que en los últimos años se han vuelto muy populares. El hacer que los miembros del grupo de veras se miren unos a otros, cierren los ojos y concentren su atención en las sensaciones que provienen de sus cuerpos, disfruten de la sensación de que les froten la espalda, escuchen las emociones expresadas en el sonido de su propia voz, o hablen directa e íntimamente entre sí son ejemplos comunes de este tipo de experiencia.

Esta aplicación de los principios gestalt se ha hecho no solamente en grupos temporales formados específicamente para propósitos de conciencia y crecimiento sino también en agrupaciones más permanentes. Los compañeros de trabajo, las congregaciones religiosas, los grupos familiares extensos, los vecinos, los condiscípulos, los residentes en un dormitorio y las parejas de casados pueden obtener experiencias de conciencia por medio del método gestalt. Polster y Polster (1973, pp. 292-311) ofrecen un excelente resumen de estas aplicaciones. Además, se encuentran muchas referencias adicionales en Hatcher y Himmelstein *Manual de terapia gestalt* (1976).

OTRAS TERAPIAS FENOMENOLÓGICAS.

Los métodos de Cari Rogers y de Fritz Perls para tratamiento representan sólo dos ejemplos del método fenomenología) para la terapia. Otros métodos son también compatibles con la orientación fenomenológica básica, aunque algunos de ellos no se han

convertido en "paquetes" de tratamiento como los de Rogers o de Perls. Por ejemplo, muchos terapeutas mezclan los métodos psicodinámicos o rogerianos o de gestalt con conceptos y principios que se derivan de la psicología humanista o existencial (Maslow 1967, 1968; May, 1969; May, Ángel y Ellenberger, 1958; véase el Capítulo 3). La *logoíerapia* de Viktor Frankl (1963, 1965, 1967) se basa principalmente en la filosofía existencial y está orientada a ayudar a los clientes para que (1) asuman la responsabilidad de sus sentimientos y acciones, y (2) encuentren un significado y un propósito en su vida. Como Frankl creía que la gente puede sentir una falta de significado y de propósito sin manifestar necesariamente un comportamiento neurótico o psicótico, consideró que su método se podría aplicar a no pacientes y a personas que han sido etiquetados por un diagnóstico. Los procedimientos terapéuticos asociados con los puntos de vista humanistas y existenciales están descritos en las fuentes que mencionamos antes, así como un reciente volumen introductorio escrito por Bugental (1978). Véase también Ford y Urban (1963) y Patterson (1973).

Un método de tratamiento orientado fenomenológicamente que comparte varias características con la teoría del aprendizaje social es la *terapia del papel fijo* de George Kelly. Sobre la base de su teoría de constructos-personales (Kelly, 1955; véase el Cap. 3) Kelly desarrolló métodos de valoración y tratamiento que tenían por objeto ayudar a los clientes a estar conscientes y, cuando fuera necesario, a cambiar los presupuestos subjetivos o las expectativas que utilizan para guiar su comportamiento. Por lo general, esto quiere decir ayudarle al cliente a adoptar estructuras más flexibles y elaboradas para sustituir a las estrechas y rígidas que según Kelly se encuentran en la base de los trastornos psicológicos.

La orientación consciente y claramente subjetiva de la teoría de Kelly la coloca por lo menos parcialmente dentro del "campo" fenomenología), pero muchas facetas de sus métodos caben mejor en otra parte. A diferencia de la mayoría de los demás fenomenólogos que celosamente evitan procedimientos de diagnóstico y que a menudo ignoran el expediente de la historia clínica del cliente, Kelly defendió la cuidadosa y sistemática valoración tanto de los problemas como de los constructos personales característicos del cliente. Incluso llegó a defender el uso de ciertas pruebas psicológicas para ayudar a aclarar la forma en que los clientes conciben el mundo que les rodea. La principal de éstas fue la propia prueba de Kelly sobre el repertorio de constructos de roles.

Otra característica notable del tratamiento básicamente fenomenología) de Kelly es que él iba más allá de simplemente ayudar a sus clientes a tener conciencia de sus constructos o creencias mal adaptadas. En verdad, los alentaba a que experimentaran con constructos alternativos específicos. Para ayudarlos en esta empresa, el terapeuta puede pedirle al cliente que escriba un *bosquejo de roles fijos,* una relación en tercera persona de cómo es en verdad el cliente y cómo se siente de veras. Luego se le ayuda al cliente para que recomience su crecimiento personal al pedirle que haga una representación de roles temporal (algunas semanas) de la persona descrita en este bosquejo. La representación de roles ocurre tanto en sesiones de terapia como en la "vida real". Durante este período el terapeuta trata al cliente como si fuera la persona descrita en el bosquejo. Al paso del tiempo, el cliente puede estar cómodo con algunos aspectos del rol que ha adoptado experimentalmente y llegar a asimilarlos. Otros aspectos probable-

mente resulten extraños o inaceptables y no sean adoptados. Idealmente el resultado final será un comportamiento y una serie de ideas guías que van de acuerdo con la manera en que el cliente se siente realmente. Para mayores detalles sobre el método de Kelly véase Kelly (1955) o Patterson (1973).

EVALUACIÓN DE LAS TERAPIAS FENOMENOLÓGICAS.

En el capítulo 3 se hicieron algunos comentarios de evaluación sobre los *modelos* fenomenológicos de la psicología clínica. Aquí nos ocuparemos principalmente del valor y de las limitaciones de las intervenciones clínicas que emanan de esos modelos. No hay duda de que las terapias fenomenológicas y sus contrapartes no terapéuticas (por ejemplo los grupos de sensibilidad y de crecimiento personal) han tenido un impacto significativo. Ofrecen una "tercera opción" que es bien recibida para quienes no están completamente satisfechos con los tratamientos que ofrecen los modelos psicodinámicos o de aprendizaje social. Esta "tercera opción" se contempla como algo particularmente atractivo dada su visión sin duda positiva y optimista sobre los seres humanos, lo que genera fe en la capacidad de cada cliente para encontrar un sentido y una autorrealización en la vida sin tener que exorcizar "demonios" inconscientes intrapsiquicos o que extinguir sistemáticamente malos hábitos y aprender nuevas destrezas. Los métodos fenomenológicos son "animados y alegres". No viven en la patología, sino que se centran en el crecimiento y en lo que el cliente puede *llegar a ser*. Esto quiere decir que todos los individuos tengan o no problemas específicos pueden probablemente beneficiarse al entrar en contacto con una o más experiencias de crecimiento fenomenología). Finalmente, el énfasis fenomenológico en la *relación* terapéutica y un correspondiente no énfasis en las *técnicas* terapéuticas son atractivos para muchos clínicos, especialmente para quienes se sienten incómodos si se ven a sí mismos tratando de hacerles cosas *a* sus clientes.

No obstante los métodos de tratamiento fenomenológico han recibido su parte de crítica. Quienes contemplan los problemas y las debilidades en las terapias fenomenológicas subrayan los siguientes aspectos:

1. El lenguaje de la fenomenología es a menudo esotérico, complejo y en general poco claro. Este problema, que ya se señaló en el capítulo 3 cuando se habló del modelo en sí, se extiende a los escritos sobre y a las palabras que se emplean en muchas terapias fenomenológicas. Términos como valores B, daseína, Eigenwelt, experiencias organísmicas, experiencias pico, gestalt, concepto de sí mismo, y de más en realidad pueden estorbar para llegar a comprender el valor de los tratamientos a los que se les aplica. Hubo un cliente que en una carta a Perls le dijo: "Intenté leer su libro, *Gestalt Therapy*, pero ojalá que alguien... escribiera un libro en un lenguaje muy simple. . . que explicara estas mismas teorías a las personas comunes y corrientes. . . quienes quizá pudieran obtener algo del libro" (Perls, 1970, p. 214). El hecho de que algunos escritores se han burlado de este lenguaje terapéutico subraya cuál es la magnitud del problema ya que ellos no estaban tan lejos de la realidad. Comparemos la siguiente sátira hecha por Hoffman (1973, p. 76) con una cita directa de Kempler (1973) que empleamos en el capítulo 3:

Cliente: Lamento haber llegado tarde hoy.

Terapeuta: Puede ponerse más en contacto con ese lamento.

Cliente: Espero no haberle causado ningún problema.

Terapeuta: Vamos a concentrarnos en su capacidad de elegir más que en mis expectativas.

Cliente: Pero no llegué tarde a propósito.

Terapeuta: Lo escucho y no menosprecio lo que me dice. Pero donde necesitamos estar en la inmanencia de la relación yo-tú. . . que emana del aquí y el ahora y de ahí llegar a una conciencia de la tensión entre el ser y el no ser, y a la larga, en la trascendencia del ser mismo, a través de una conciencia cósmica de la identidad oceánica del yo y del continuo espacio-tiempo.

Cliente: ¡Caray!

Hay otro aspecto del problema del lenguaje en las terapias fenomenológicas también. Quienes proponen estos métodos describen sus metas como *humanistas* e incluyen entre ellas cosas como el crecimiento, la-creatividad, la realización, la alegría, la individualidad del cliente. De la misma manera, describen el contexto del tratamiento como uno que no es coercitivo, que no emite juicios, que no emite directrices en el que lleva al máximo la libertad del cliente. Los críticos señalan que no obstante que esto puede ser cierto (por lo menos, idealmente), estas metas y contextos no son la propiedad única de la fenomenología. Los terapeutas psicodinámicos y de aprendizaje social en su mayoría también se considerarían a sí mismos como básicamente orientados hacia los valores humanistas y alejados de la coerción y las limitaciones. De hecho, sería difícil encontrar en un terapeuta vivo que no crea en los *ideales* de la terapia fenomenológica aun cuando sus métodos de alcanzar esos ideales sean distintos.

2. Los procedimientos del tratamiento fenomenológico son incompletos. A menudo se ha dicho que al abandonar o quitar el énfasis de la evaluación clínica y en la historia del cliente, los terapeutas fenomenológjcos pueden pasar por alto signos de diagnóstico o realidades de los antecedentes (por ejemplo, daño cerebral, problemas bioquímicos, deficiencias intelectuales, incidentes previos, agresivos o de suicidio) que podrían ser importantes para la planeación y administración del tratamiento. El confiar en que los clientes conozcan estas cosas y las cuenten se considera un algo ingenuo y potencialmente tan peligroso como los abusos relacionados con los diagnósticos tradicionales.

Se sugiere también que no obstante que una buena relación entre cliente y terapeuta puede ser una condición *necesaria* para un tratamiento efectivo puede no ser una condición suficiente. Los problemas y circunstancias de algunos clientes se consideran aspectos que van más allá de su capacidad para resolverlos o para cambiar; necesitan más una ayuda que una relación genuina y empática.

También hay falta de confianza en cualquier terapia que confia tanto en los sentimientos y tan poco en la razón y la lógica como lo hacen los métodos fenomenológicos. La experiencia de tener una relación terapéutica fenomenológica puede levantar el ánimo, pero hay cierta inquietud entre muchos observadores de que sin lógica, ni planeación, ni la práctica de nuevas alternativas los beneficios del cliente pudieran ser en el mejor de los casos, temporales.

3. Los procedimientos del tratamiento fenomenología) son vagos y poco realistas. Se ha señalado que los métodos fenomenológicos usualmente se discuten como "procesos" que no están claramente traducidos en comportamientos específicos del terapeuta. Más aún, muchos autores ponen en duda los procesos mismos. Por ejemplo, ¿puede lograr una persona tener empatia, es decir saber *realmente* lo que se siente ser otra persona? ¿Es *realmente* posible que un terapeuta no juzgue y sea y no-directivo? Nye (1975, p. 135) señala que "los terapeutas que se centran principalmente en el cliente, a pesar de si mismos, consiguen cambios en los comportamientos del diente a través de reforzamientos inadvertidos y sutiles (por ejemplo al menear la cabeza o cambiar la expresión de la cara cuando el cliente habla de cosas 'interesantes' y permanecer más pasivo cuado el cliente habla de cosas 'no interesantes')".

4. Los tratamientos fenomenológicos de hecho son rígidos y no flexibles. Se ha dicho que al tratar a todos los clientes básicamente de la misma manera, suponiendo que cada uno de ellos está molesto por el mismo tipo de problemas relacionados con la conciencia, los terapeutas fenomenológicos son presa de las críticas que ellos han lanzado a las terapias psicodinámicas y de aprendizaje social, es decir que la condición de cada cliente de ser único e irrepetible no recibe la suficiente atención. De hecho, los terapeutas del aprendizaje social señalan que su hincapié en una cuidadosa valoración y en la elaboración de programas de tratamiento especial hechos a la medida de cada cliente y de cada historia es *más* humanista que el método fenomenológico.

5. Los efectos benéficos de los tratamientos fenomenológicos no han sido establecidos firmemente todavía. La mayor parte de los terapeutas fenomenológicos han mantenido una postura firmemente anticientífica e incluso antiintelectual frente a la evaluación de sus métodos. Algunos de ellos consideran que "datos" es una grosería, una mala palabra, e insisten en que sólo el cliente y el terapeuta pueden evaluar la experiencia terapéutica e incluso en ese caso solamente en términos subjetivos y no en el lenguaje de la ciencia. Esta actitud ha hecho que muchos observadores rechacen en su mayoría el tratamiento fenomenológico y no lo consideren un método serio hacia el cambio del comportamiento humano.

Algunos teóricos y terapeutas fenomenólogos (de manera especial Cari Rogers y sus colegas) han tratado de proporcionar datos sobre el *proceso* de sus tratamiento, pero las variables medidas (por ejemplo, empatia precisa) han tendido a depender en gran medida de calificaciones subjetivas y de informes que da la misma persona, cosas ambas que se contemplan como particularmente susceptibles a sesgos particulares y otras amenazas para la confiabilidad y la validez (Chinsky y Rappaport, 1970; Rappaport y Chinsky, 1972). En algunas revisiones recientes de las investigaciones sobre las cualidades en general de los terapeutas se ha señalado que "las. . . variables que más a menudo selecciona el investigador para su estudio son desgraciadamente conceptos tan simplistas y globales como para que hagan que este campo sufra una vaguedad terminal" (Parloff, Waskow y Wolfe, 1978, p. 173).

Existen los mismos problemas al interpretar las investigaciones sobre el *resultado* de los tratamientos fenomenológicos. Los datos sobre los resultados que se presentan para fundamentar el valor del tratamiento tienden a basarse principalmente en distintos tipos de informes que dan sus mismos clientes. Estos pueden no ser confiables ni

válidos. Después de revisar los resultados de la terapia de grupo fenomenologíco, Bednar y Kaul (1978, p. 792) señalan que a pesar de la aparente diversidad de estas medidas [los reportes de los propios clientes], parece muy apropiado ver los resultados como reflejo de un factor no específico de mejoría, basado en evaluaciones subjetivas más favorables que puede o no verse acompañado de cambios observables de comportamiento".

La observación que han hecho algunos fenomenólogos (por ejemplo, Rogers) de que sus tratamientos dan como resultado un patrón de cambio semejante de un cliente a otro también ha sido atacado por los críticos. Sugieren que el patrón se debe no a un crecimiento espontáneo sino a influencias directas del terapeuta tales como el modelamiento y el reforzamiento de ciertos comportamientos del cliente. En los grupos, los clientes pueden ser el modelo uno de otro. Un participante en un grupo de terapia gestalt una vez planteó esta posibilidad a Perls: "Doctor Perls. . . como usted ha estado formulando y experimentando los resultados de la terapia gestalt quiero que me dé un poco de seguridad, quiero oír decirlo, parece un proceso de descubrimiento. Sin embargo, creo que hay personas que pueden arreglárselas para adaptarse a las espectativas del terapeuta, es como si yo sentado aquí observo a una persona y luego a otra y veo cómo tienen una polaridad, un conflicto de fuerzas y creo que yo puedo hacerlo también. Pero no sé qué tan espontáneo sería, aunque me parece lo sentiría espontáneo. Usted ha tenido estas experiencias con la gente desde hace mucho tiempo; ¿estamos adaptándonos a usted o es que usted nos ha descubierto?" (Perls 1969, pp. 214-215). La respuesta de Perls fue "no lo sé".

6. Las terapias fenomenológicas pueden ser peligrosas en ciertas circunstancias. Dado que los métodos fenomenológicos se aplican tan a menudo en contextos de grupo a corto plazo que caen fuera del alcance de la terapia formal, muchos participantes que no han sido seleccionados terminan haciendo experimentos con el proceso de crecimiento. Y como en fenomenología lo que se destaca son los sentimientos y la experiencia, y no la razón y la lógica, se subestima a veces la importancia de los títulos académicos y entrenamiento especial del terapeuta o "facilitador". El peligro de que ocurran "colapsos psicóticos" y otras consecuencias desastrosas puede no ser tan critico, como temen algunas personas, pero las experiencias de grupo fenómenológicas pueden sin duda provocar "accidentes". A pesar de que la definición de "accidente" no es absolutamente clara, los datos con los que contamos nos indican que del 0 al 8% de los participantes en los grupos pueden terminar dañados en alguna forma por la experiencia. Los "accidentes" tienden a presentarse más a menudo entre las personas que eran relativamente inestables para empezar, hecho que apoya todavía más la necesidad de seleccionar de manera adecuada a los miembros del grupo (véase Bednar y Kaul, 1978, para una revisión del proceso y datos sobre los resultados de grupos fenomenológicos).

7. Los métodos fenomenológicos son aplicables principalmente a personas inteligentes, introspectivas. A pesar de la opinión de que cualquiera puede beneficiarse con las experiencias fenomenológicas de crecimiento, se ha señalado que estas experiencias son de utilidad solamente para personas relativamente bien integradas y que funcionan bien. Se sospecha que es mínimo el valor de las terapias fenomenológicas para problemas de comportamiento más grave (por ejemplo, "psicosis"), para los niños, para las

personas que están bajo un "stress" severo y para los retrasados. No obstante, los métodos fenomenológicos sí parecen tener valor. En nuestra opinión, ofrecen un conjunto de excelentes herramientas de asesoramiento. Las técnicas de Rogers se encuentran entre los procedimientos de entrevista más productivos con que contamos y muchos de los ejercicios gestálticos (por ejemplo, diálogos, representación de papeles, y demás), pueden usarse de manera productiva para ayudar a los clientes a que se relacionen con sentimientos que de otra manera necesitarían de muchas entrevistas para revelarse. En términos generales, nos encontramos de acuerdo con la conclusión de Korchin (1976, p. 373). "Las ideas y métodos de la psicoterapia [fenomenológica] están todavía en período de formación. . . En esta etapa sigue siendo necesario poner a prueba y afinar estas ideas con el objeto de conservar lo esencial y descartar lo superficial."

Capítulo **12**

La Psicología comunitaria

- La organización de una comunidad que exija el mejoramiento del alojamiento público.
- El entrenamiento de voluntarios que operen el conmutador telefónico de emergencia en un centro para la prevención del suicidio.
- El aumento de la participación de los ciudadanos para resolver los problemas de una colonia.
- La enseñanza dirigida a las familias de las formas para reducir el consumo de la energía.
- El desarrollo de programas para el cuidado posterior de los pacientes mentales que estuvieron hospitalizados con el fin de capacitarlos para vivir en la comunidad.
- La evaluación de la efectividad de las técnicas correccionales nuevas que intentan apartar a los infractores del sistema penal de justicia.
- El entrenamiento de paraprofesionales en las habilidades de intervención de crisis, orientación y solución de problemas.
- La evaluación del impacto de los centros comunitarios de salud mental.

¿Qué es lo que comparten entre sí las actividades anteriores? Todas son ejemplos de la *Psicología comunitaria,* un campo que se relaciona de manera cercana con la Psicología clínica tradicional, pero que refleja algunas actitudes, objetivos, técnicas y entrenamiento diferente.

El propósito de este capítulo es familiarizar al lector con la Psicología comunitaria: su historia, sus principios, sus puntos fuertes y débiles. A menudo las diferencias entre el psicólogo comunitario y clínico que se describirán son grandes, pero también se deberá recordar que el psicólogo comunitario y clínico tienen una mayor cantidad de semejanzas que de diferencias. Cada uno acentúa la importancia de una *perspectiva psicológica* de la conducta humana. Cada uno se esfuerza por aplicar esta perspectiva con el fin de *cambiar* la conducta humana y promover el bienestar del ser humano. Y cada uno apoya el estudio *científico* de la conducta humana.

La historia de las profesiones de la salud mental (la psicología, psiquiatría, trabajo social y enfermería psiquiátrica) sugiere que se han transformado a través de tres revoluciones (Bellack, 1964; Hobbs, 1964). El término "revolución" implica que estos cambios poseen una calidad dramática, repentina y decisiva y que iniciaron determinados enfoques que eran radicalmente distintos de los puntos de vista que prevalecían sobre la enfermedad mental. En cada una de las revoluciones de la salud mental, los cambios, en especial a los que se referían al tratamiento, en verdad fueron impresionantes y discutibles, aunque es dudoso que representara una ruptura clara y absoluta con el pasado de la profesión, que podría ser lo que se esperaría de una auténtica revolución.

Philippe Pinel fue el que promovió la primera revolución de la salud mental en 1973 al desencadenar a los internados en el Bicetre en París y sostener que a los enfermos mentales se les tratara de una manera humana y mantener una expectativa firme acerca de que podían mejorar. Este acontecimiento puso el sello sobre el comienzo de lo que se llama *era moral* del tratamiento psiquiátrico, un periodo que cubrió los primeros 70 años del siglo xx(véase el capítulo 2).

Sprafkin (1977) ofrece una lista de varias de las características del tratamiento moral. Una de las más sobresalientes fue la suposición de que las perturbaciones sociales y ambientales ejercían una función principal en las causas de los desórdenes mentales. Se consideraba que entre los factores que contribuían a un ambiente perjudicial se encontraban la pobreza, la muerte de un ser querido y la tensión ("Stress"). Quizá la causa más intrigante fue el exceso "de excitación causada por un viaje marino" (Sprafkin, 1977, p. 63). El tratamiento moral también intentaba proporcionar un ambiente benigno para la intervención que fuera ordenado, disciplinado y diera apoyo. Se originaba al personal de la institución la función de una familia substituía interesada por el cliente. Acentuaba la importancia de las virtudes terapéuticas del tratamiento duro, los servicios religiosos, el autocontrol y el desarrollo de las habilidades sociales y los "buenos hábitos". Finalmente, el tratamiento moral adoptó una orientación que era más educativa que médica o psiquiátrica, pero que mantenía el optimismo inalterable sobre la posibilidad de curar los desórdenes mentales.

A lo largo de la primera mitad del siglo xix otros "disidentes", como William Tuke en Inglaterra y Benjamín Rush en Norteamérica, extendieron las reformas importantes de la era moral de Pinel. La era moral tuvo una duración corta (consúltese a Sparflkin 1977, y Ullman y Krasner, 1975, pp. 137-139 para obtener un análisis de los acontecimientos que conllevaron a su caída), pero la mayoría de los historiadores de la salud mental reconocen que fue un movimiento que gozó de un éxito fuera de lo común en el tratamiento de las enfermedades mentales graves. De hecho, como se describirá más adelante en este capítulo, las actitudes y las técnicas de la era

moral sobreviven en muchos de los aspectos de la Psicología comunitaria de hoy en dia.

La segunda revolución de la salud mental se atribuye a las teorías de Sigmund Freud y a las demostraciones clínicas acerca de la función que ejercen los factores psicológicos sobre algunas de las perturbaciones de la conducta, en particular las neurosis (véase los capítulos 3 y 9). La obra de Freud trazó la senda para que la psicoterapia se convierta en la técnica del tratamiento principal para los desórdenes psiquiátricos. Como las rupturas iniciales en otras disciplinas, la "curación por medio de la palabra" de Freud puede en la actualidad impresionar como una idea muy sencilla y hasta obvia. Sin embargo, a finales del siglo xix, la noción de que la simple conversación pudiera ser terapéutica se presentó como una desviación radical de la insistencia cada vez mayor acerca de que las enfermedades mentales necesitaban la intervención médica (véase el capítulo 2).

La tercera revolución de la salud mental constituye la parte central de este capítulo. Se le han otorgado varios nombres incluyendo la Psicología comunitaria, la salud mental comunitaria, y la psiquiatría comunitaria. Mientras que estos términos comparten varios significados, no son sinónimos y no se deben emplear de una manera intercambiable. El tema principal de este capítulo es la *Psicología comunitaria,* un movimiento de gran alcance que intenta aplicar los principios psicológicos a la comprensión de los problemas sociales y la creación del cambio social verdadero. A pesar de que ninguna de las definiciones de la Psicología comunitaria es realmente adecuada, existe una suficiente concordancia sobre las cualidades únicas y esenciales de esta disciplina como para que se permita la selección de algunos conceptos unificadores entre la gran confusión de definiciones disponibles.

Una creencia que prevalece entre la mayoría de los psicólogos comunitarios (y clínicos) es que el desarrollo de la conducta humana depende las interacciones que tienen las personas con su medio ambiente. Esto requiere, como consecuencia, que los esfuerzos para remediar los problemas sociales se dirijan *tanto* al cambio de los eventos ambientales *como* de las competencias conductuales del individuo (Cowen, 1973). Aunque algunos psicólogos comunitarios han intentado alterar el ambiente social por medio del activismo político, la mayoría prefieren trabajar "dentro del sistema" para desarrollar formas de intervención que se centren en la modificación conjunta de las habilidades individuales y de los sistemas sociales dentro de los cuales se manifiestan dichas habilidades.

En un amplio y reciente tratado sobre la Psicología comunitaria Rappaport (1977) describe la importancia que tiene aplicar una perspectiva *ecológica* a la disciplina. Esta perspectiva destaca el valor que representa mejorar el ajuste entre las personas y los ambientes creando nuevas opciones sociales y desarrollando los recursos personales en contraste con la eliminación o reducción de las debilidades de las personas y sus comunidades. Una afirmación semejante es la posición ecológica de Mann (1978), quien describe a la Psicología comunitaria como un campo que se dedica a fortalecer la calidad de la vida comunitaria al mejorar los ambientes y recursos sociales o aumentar las competencias personales.

En la tabla 12-1 se proporcionan otras definiciones frecuentes de la Psicología comunitaria.

Tabla 12-1 Algunas definiciones recientes de la Psicología comunitaria

Fuente	Definición
Bennett, Anderson, Cooper, Hassal, Klein y Rosenblum (1966)	El estudio de los procesos psicológicos generales que vincula los sistemas sociales con la conducta individual en una interacción completa. Las aclaracciones conceptuales y experimentales de estos vínculos proporcionan la base de los programas de acción que se dirigen hacia el mejoramiento del funcionamiento individual, del grupo y del sistema social.
Reiff(1968) Bloom	Una disciplina cuya meta es modificar la conducta humana mediante la intervención a nivel del sistema social.
(1973) Sarason (1973)	El campo de la Psicología que intenta resolver los aspectos sociales en lugar de los problemas particulares de cada individuo. El estudio del impacto psicológico de las comunidades próximas y distantes, la evolución de las comunidades, y las maneras como el conocimiento psicológico puede aplicarse a la facilitación del cambio social adaptativo.
Murrell (1973)	El campo de la Psicología que estudia las transacciones entre los diferentes conjuntos de interacción del sistema social las poblaciones y los individuos; que desarrolla y evalúa los métodos de intervención que propicien las "adaptaciones" entre las personas y sus ambientes; que planea y evalúa los sistemas sociales, y que a partir de dicho conocimiento y cambio busca aumentar la cantidad de oportunidades psicológicas que se ofrezcan al individuo.
Zax y Specter (1974)	Una aproximación a los problemas de la conducta humana que presta mayor importancia a las contribuciones que las fuerzas ambientales, así como las contribuciones de otras fuentes potenciales ejerzan sobre la evolución y mejoramiento de dichos problemas.
Rappaport (1977)	Una disciplina que acentúa la importancia de una perspectiva ecológica de la interacción, dando a entender que se puede mejorar la adaptación entre las personas y su ambiente, al crear nuevas opciones sociales y desarrollar los recursos personales en lugar de realizarlo mediante la eliminación de las debilidades de los individuos o sus comunidades.
Mann(1978)	Una disciplina que se interesa en participar con la planeación del cambio social, la organización e implementación de los cambios que se planeen, la elaboración y conducción de los programas de servicios que proporcionen las necesidades humanas que genera el cambio social, y el desarrollo de los recursos y procesos de la comunidad para el manejo de las repercusiones futuras de los cambios sociales.

Salud mental comunitaria y la Psicología comunitaria: sus diferencias básicas

¿Se puede distinguir la Psicología comunitaria de la salud mental comunitaria? ¿Se debería distinguir? La respuesta a ambas preguntas es afirmativa. La salud mental comunitaria se debería considerar como un subconjunto de actividades dentro de la Psicología comunitaria que se dedica principalmente a la prestación de servicios de la salud mental a las poblaciones que a lo largo de la historia no se han atendido de una manera suficiente por los profesionales de la salud mental. La salud mental comunitaria se interesa principalmente con los servicios *directos* a los consumidores, mientras que la

Psicología comunitaria persigue cambios más amplios del sistema social y cuyos efectos se pueden irradiar hasta los individuos (Sarason, 1973).

Las metas de la Psicología comunitaria se relacionan con el nivel de la comunidad o porción más pequeña de la comunidad (por ejemplo, la creación o fortalecimiento de los recursos sociales), mientras que la salud mental comunitaria se dirige hacia el logro de la entrega más efectiva de servicios clínicos a las personas necesitadas. Bloom (1973) ha contrastado la inclinación de la psicología comunitaria hacia los *aspectos sociales* con la atención que presta la salud mental comunitaria a los *problemas individuales*. La primera es una Psicología *acerca de* la comunidad, la última es una Psicología *dentro* de la comunidad (Mann, 1978).

Considérese la siguiente analogía en el mundo deportivo. La relación entre la salud mental comunitaria y la Psicología comunitaria se parece un poco a la asociación entre la Liga Nacional y una liga principal del béisbol en conjunto. Primero apareció la Liga Nacional pero en poco tiempo formaron parte de ella varios equipos de la Liga Americana para conformar una estructura mayor. Como la Liga Nacional, primero apareció la salud mental comunitaria y fue el ímpetu financiero de lo que ahora conforma la psicología comunitaria. Se hablará más acerca de la relación entre estos dos campos en las siguientes secciones.

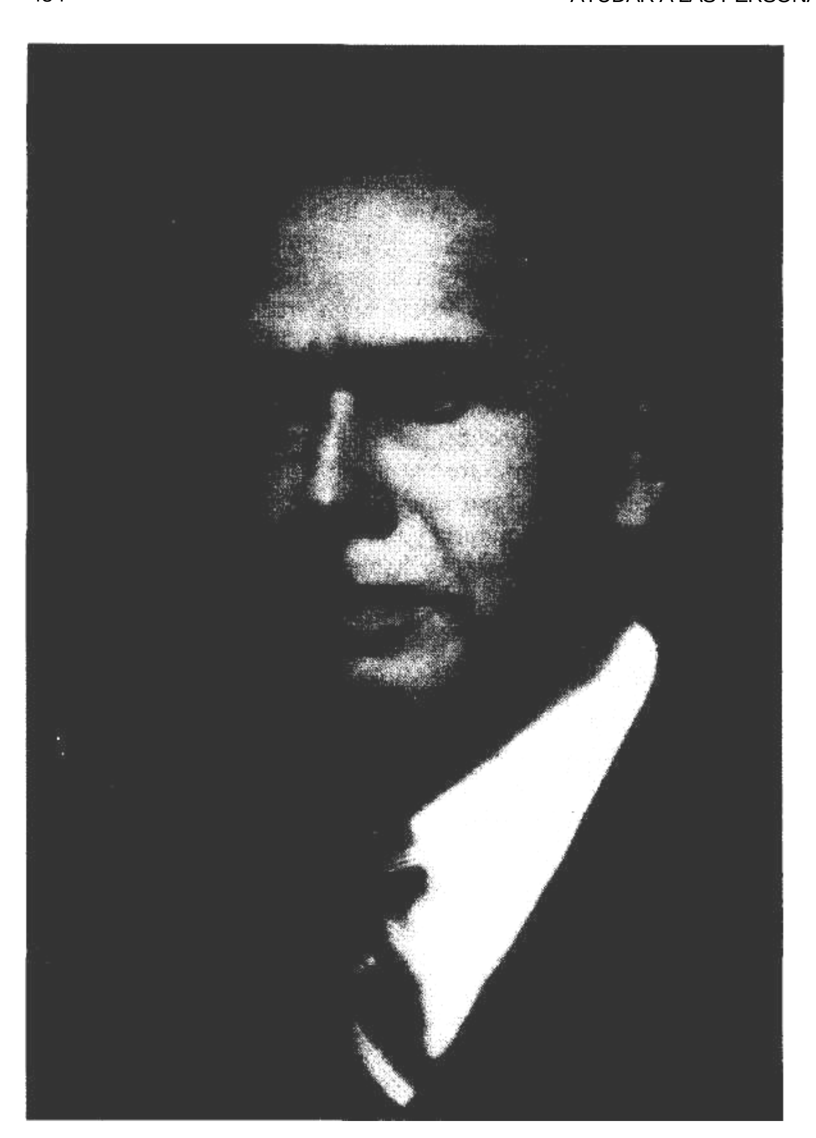
FORMACIÓN DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA

La Psicología comunitaria es una disciplina muy joven. A pesar de que se describirán algunos de los factores iniciales que anticiparon las prácticas actuales, esta sección se centra en una serie de hechos e ideas que comenzaron en la década de 1950 y culminaron en el nacimiento oficial de la psicología comunitaria en 1965.

Contribuciones iniciales

Se dieron varios acontecimientos durante los inicios de la historia de las profesiones de la salud mental que formaron parte de los antecedentes de la ideología y práctica de la psicología comunitaria. Ya se mencionó uno de éstos, el tratamiento moral, que se centró sobre todo en las determinantes ambientales de las perturbaciones, y que tuvo un fervor reformista general, llegándose a considerar, a menudo estas características como la inspiración del movimiento psicológico comunitario. A continuación se presentan de manera concisa otros precursores en un orden cronológico aproximado.

1 Advenimiento de la Psicología clínica La Psicología comunitaria está incrustada profundamente dentro de la Psicología clínica. La gran mayoría de los Psicólogos comunitarios practicantes reciben su entrenamiento profesional en los programas de entrenamiento del postgrado de psicología clínica. En realidad la mayor parte de ellos funcionaron como psicólogos clínicos durante alguna época de sus carreras. En ocasiones, algunos de los psicólogos comunitarios todavía ejercen la práctica privada. Por lo tanto, la historia primitiva de la psicología clínica se relaciona de una manera importante con el análisis de la psicología comunitaria. Como se señaló en el capítulo 2, Lightner Witner fundó la primera clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania en 18%. Los servicios más importantes de las primeras clínicas eran el diagnóstico y



Clifford W. Beers (1876-1943) *(Fotografía tomada de* A Mind thad Found Itself. *Escrito por Clif-ford Whittingham Beers, Copyright 1907, 1917, 1921, 1923,1931, 1932, 1934, 1935, 1937, 1939, 1940, 1942, 1944, 1948, 1953, por el "American Foundation for Mental Hygiene, Inc. Reproducido con permiso de Doubleday & Company, Inc.)*

tratamiento de los niños que manifestaban una serie de problemas emocionales y de aprendizaje. Las clínicas posteriores se interesaron más en los problemas de personalidad. La Psicología clínica en sus inicios tenía un carácter psicoeducativo y el acento que ponía sobre la importancia del tratamiento de los niños reflejaba la creencia de que el tratamiento de los problemas durante la infancia era capaz de prevenir que se convirtieran en impedimentos serios en el futuro. En los términos de la Psicología comunitaria, esto se denomina "prevención secundaria".

2 El movimiento de higiene mental En 1908, un individuo que había sido paciente mental, Clifford Whittingham Beers, publicó la obra *"A Mind That Found Itself"* (Una mente que se encontró a sí misma). Este libro conmovedor describió de una manera realista las experiencias de Beer como paciente mental hospitalizado y llamó la atención del público sobre las condiciones deplorables de las instituciones mentales. La obra ejerció un impacto significativo y duradero sobre las profesiones de la salud mental. Hizo que surgieran varías reformas en el tratamiento de los enfermos menta les, y ocasionó la fundación del "National Commitee for Mental Hygiene" (El Comité Nacional Para la Higiene Mental). Hoy **en** día, se conoce esta organización por el nombre de "National Association for Mental Health" (Asociación Nacional de Salud Mental: NAMH) y se le atribuye la iniciación de los movimientos de *higiene mental* y *orientación infantil* (el NAMH aún publica una revista profesional que se llama *"Mental Hygiene").*

Los profesionales de la higiene mental declaraban su preferencia a favor de la promoción de la salud en lugar del combate de la enfermedad. Debido a la impresión que les provocó el ataque al público contra las enfermedades contagiosas, hicieron peticiones para el desarrollo de varios programas preventivos nuevos y esfuerzos educativos del público para "inmunizar" a las personas de las enfermedades mentales. El prestigio del movimiento de higiene mental aumentó cuando William James, el psicólogo norteamericano más importante y Adolf Meyer, el psiquiatra norteamericano más eminente en ese tiempo, favorecieron la causa de Beer y se convirtieron en los oradores principales de su organización y de sus puntos de vista iluminadores sobre el tratamiento de los desórdenes mentales.

3 El movimiento de orientación infantil Duranteladécadadel920sepresencióel desarrollo del movimiento de orientación infantil el cual, como lo sugiere su nombre, se concentraba en la prestación de servicios clínicos a los niños, en especial a los que padecían perturbaciones emocionales serias. La clínica de orientación infantil más famosa fue el " Juvenile Psychopathic Hospital" fundado por William Healy (un psiquiatra) y Grace Fernald (una psicóloga) en 1906 en Chicago. El movimiento de orientación infantil propició aún más el desarrollo de la filosofía básica de los profesionistas de higiene mental y afianzó el concepto del *enfoque de equipo* el tratamiento, una idea que Witmer anticipó por medio del empleo de asesores de otras profesiones. El "equipo" constaba de un psiquiatra que tenía a su cargo el tratamiento, un psicólogo que era responsable de la evaluación y un trabajador social que dirigía las entrevistas de la historia social e intentaba mejorar el ambiente social al cual regresaría el paciente.

4 La Primera y **Segunda Guerra Mundial** El capítulo 2 incluyó un análisis del impacto extenso que tuvieron las dos guerras mundiales sobre la profesión de la psicología clínica. Existen tres aspectos de este impacto que se relacionan de una manera importante con la psicología comunitaria. En primer lugar, ambas guerras, pero de manera especial la Segunda Guerra Mundial, estimularon el crecimiento de la Psicología clínica. La importancia de esta "explosión psicológica" para los psicólogos comunitarios debe ser obvia si se recuerda que la mayoría de los psicólogos comunitarios originalmente recibían un entrenamiento como psicólogos clínicos y que

el apoyo económico y urgencia nacional del entrenamiento de los clínicos fueron resultados directos de la Segunda Guerra Mundial.

En segundo lugar, las dos guerras cambiaron de una manera radical la estructura de la naturaleza de la Psicología clínica. Su efecto combinado hizo que la profesión se dirigiera más a los adultos, se interesara más en los desórdenes de la personalidad y la psicopatología se apasionara más en psicoterapia como una técnica de intervención y se encontrara albergada con mayor frecuencia en los ambientes institucionales o de hospitales. Estas cualidades contrastan con los rasgos predominantes de la Psicología clínica durante los primeros 15 años del siglo XX. Como se estudiará (y como es probable que el lector ya haya anticipado), se han criticado de una manera dura los atributos que obtuvo la Psicología clínica durante la postguerra en especial por aquellos clínicos que se desencantaron con el curso que tomó la profesión. Fue en el suelo fértil de ese desencanto donde se sembraron las semillas de.la Psicología comunitaria.

Por último, las dos guerras mundiales fortalecieron un precedente en la psicología que continúa hasta hoy en día: Es una profesión que en especial es susceptible a las influencias de los hechos sociales y políticos que ocurren fuera de sus dimensiones. No está claro si esto se debe a lo que Adler llamó el "interés social" de los psicólogos, a una incertidumbre prevalente dentro de la profesión acerca de lo que debe ser su misión, o a una inclinación persistente por "comprobar tendencias". Lo que sí se sabe es que, así como las guerras revolucionaron la Psicología clínica de Witmer, los cambios sociales y políticos en Norteamérica durante las últimas dos décadas alimentaron la urgencia de la psicología para dirigirse a la comunidad.

Contribuciones recientes

Durante las décadas de 1950 y 1960 se dio una variedad de influencias que se conjugaron para acelerar el desarrollo de la Psicología comunitaria. Como el lector indudablemente ha vivido este periodo es probable que esté familiarizado con la gran mayoría de los acontecimientos sociales de esta época y pueda apreciar sus efectos sobre la Psicología

La Psicología comunitaria fue un producto directo de mediados de la década de 1960, pero representa una culminación de varios cambios que fueron dando durante los 15 años anteriores. Un conjunto de estos cambios ocurrió principalmente dentro de la disciplina de la psicología, en especial la Psicología clínica, mientras que los otros tuvieron que ver con los cambios sociales y políticos que sucedieron en Estados Unidos. Primero se considerarán los factores profesionales.

1 El tema de la efectividad de la Psicoterapia En 1952HansEyenck, un psicólogo inglés, publicó una revisión de varios estudios sobre las formas tradicionales de la psicoterapia con los pacientes neuróticos, en la cual concluyó que la tasa del alivio entre los pacientes que reciben terapia y los que no la reciben es casi equivalente. En particular, Eysenck sostuvo que la tasa de "remisión espontánea" (es decir de una mejoría sin algún tratamiento especial) era del 72% a lo largo de un periodo de dos años en comparación con una tasa de mejoría del 44% para el psicoanálisis y 64% para la terapia "ecléctica". En sus revisiones posteriores, Eysenck (1961,1966) evaluó una mayor cantidad de estudios y persistió en su pesimismo, y afirmó que los datos adicionales apoya-

ban la conclusión inicial y que la ineficacia de la terapia tradicional no se limitaba a los pacientes neuróticos.

A pesar de la multitud de críticas que se dirigieron contra los conceptos, la imparcialidad, el grado hasta el cual sus revisiones eran completas y la habilidad matemática de Eynsenck (por ejemplo, Bergin, 1971; Luborsky, 1954; Strupp, 1963), sus conclusiones tocaron una cuerda reactiva entre los psicólogos que se volvieron escépticos acerca de los efectos positivos de la psicoterapia (por lo común de tipo psicodinámico). Esta creencia ha persistido entre muchos psicólogos a pesar de la evidencia que se ha acumulado acerca de que algunos tipos de terapia a menudo *sí* provocan un cambio importante, y en la mayoría de los casos, un cambio positivo.

Después de analizar de nuevo y con mucho cuidado los datos que Eynsenck revisó así como más de 50 estudios más entre los años de 1952 y 1969, Bergin (1971) concluyó que "en promedio la Psicoterapia tiene efectos positivos modestos" (p. 228). Meltzoff y Kornreich (1970) informaron que más dd 80% de los estudios que evaluaron la eficiencia de la psicoterapia obtuvieron resultados positivos. Una revisión reciente de 375 estudios de Smith y Glass (1977) sostuvo que el receptor típico de la psicoterapia tiene un progreso mayor que el 75% de los individuos que no reciben tratamiento.

No obstante, los datos anteriores no han cambiado completamente la algarabía acerca de la supuesta ineficacia de la psicoterapia. Tampoco la indicación de que la pregunta acerca de la eficacia de la Psicoterapia es demasiado general como para que cobre significado (Paul, 1969a); esta pregunta se parece un tanto a la interrogante acerca de si la conducta es buena para la salud. La controversia persiste y ha hecho que muchos psicólogos se decepcionen con la Psicoterapia como una técnica de intervención, se desmoralicen con su profesión debido a la importancia que se le presta a la psicoterapia, y se motiven a buscar otras estrategias para ayudar a las personas a cambiar sus vidas. La Psicología comunitaria se ha desarrollado a partir de esta fundamentación.

2 La pregunta acerca de la eficiencia de la Psicoterapia Aun cuando algunos tipos de Psicoterapia son efectivos, muchos críticos de todas formas sostienen que es un procedimiento que carece de eficiencia. Se considera que esta falta de eficiencia tiene su origen en varias fuentes. En primer lugar, como ha argumentado George Albee a menudo, jamás existirán suficientes profesionales entrenados para ofrecer Psicoterapia individual a todas las personas que la puedan necesitar o desear. Albee (1968) lo expresa de una manera concisa: "No podemos disponer de una fracción del personal médico y paramédico que (el modelo de enfermedad de los desórdenes mentales) exige" (p. 318).

Otra objeción relacionada es que la disponibilidad de la psicoterapia se restringe principalmente a aquellas personas que pueden pagarla o que de antemano poseen determinadas características que los clínicos favorecen. William Schofield (1964) inventó el acrónimo YAVIS (en inglés, Joven-Atractivo-Verbal-Inteligente-Exitoso) para describir a la persona que típicamente recibe los servicios de la psicoterapia (también consúltese a Goldstein, 1973). Las contrapartes desafortunadas del grupo descrito anteriormente son los HOUNDS (en inglés, Feos-Viejos-Fracasados-No Yerbales-Retrasados), quienes tienen una mayor presión y necesidad de salud mental



"Sí, ¿de qué se trata? Estoy muy ocupado. . .

Caricatura 12-1 Hay varias formas para solucionar la escasez de personal de la salud mental. Pero ésta no es una de las soluciones. (© 7872, *Punch Rothco.)*

pero que son las personas que con menos probabilidad exigen o reciben los servicios terapéuticos.

En tercer lugar, el problema acerca de la ineficacia de la Psicoterapia se agrava por el hecho de que muchas personas prefieren comunicar sus problemas a alguna otra persona que no son un profesionista de salud mental. Por ejemplo, Gurin, Veroff y Feld (1960) encontraron que más de las dos terceras partes de las personas que sondearon buscaban la asistencia de algún sacerdote o médico familiar cuando tenían un problema psicológico en lugar de acudir a un profesionista de la salud mental.

3 Desvalorización de la evaluación y diagnóstico psicológico La insatisfacción con la práctica de la psicoterapia se ha acompañado por una desvalorización de las funciones de la evaluación con las cuales se han asociado las funciones del psicólogo. La aplicación de las pruebas de inteligencia, la evaluación de la personalidad, y la selección de personal han recibido varias críticas de acuerdo con diversos argumentos. Como ya se analizó en los capítulos 4 y 6, la caída de la aplicación de pruebas psicológicas en los años más recientes es producto de (1) la investigación que reta la confiabilidad y en particular la validez de muchas pruebas, (2) algunas preocupaciones de índole ético acerca del lugar apropiado de las pruebas psicológicas en una sociedad democrática y la posibilidad de que los resultados se utilicen o interpreten de una manera equivocada, y (3) la evidencia acerca de que las pruebas y las prácticas de evaluación en general son susceptibles de muchos diferentes tipos de prejuicios.

Mientras que la mayoría de los psicólogos clínicos han reconocido todas estas críticas, la tercera crítica es la que ha tenido más peso para muchos de los que propo-

nen el enfoque de la psicología comunitaria. Para resumir sus actitudes se diría en términos sencillos que el prejuicio existe en todos lados. Se ha encontrado que tanto los juicios diagnósticos, como la naturaleza del tratamiento que se ofrece, y las actitudes del terapeuta se ven alterados por la clase socioeconómica a la que pertenecen los clientes (Haase, 1964; Hollingshead y Redlich, 1958; Lorion, 1974). También parece que las características de salud o enfermedad mental de la persona que se califica dependen del sexo del individuo (Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz y Vogel, 1970; pero véase a Stricker, 1977). Por último, los profesionistas de la salud mental comunican una tendenda general de que perdben la enfermedad mental aun en los casos en donde existen pocos indicadores de cualquier patología (Temerlin, 1970). A estas preocupaciones se les suma el argumento acerca de que el solo acto de evaluar o diagnosticar puede ser perjudicial. Se considera que las consecuencias negativas obedecen a una *profecía autocumplidora,* en la cual la predicción de alguna conducta (por ejemplo, la agresión) aumenta la probabilidad de que ocurra esa conducta. La evidenda empírica que apoya esta idea es bastante escasa (Wilkins, 1977), pero el temor acerca de que las etiquetas predictoras ejercerán una influencia negativa sobre los pacientes, las amistades de los pacientes, o los mismos profesionistas ha producido una disminución en el entusiasmo por la aplicación de las pruebas y formulación de diagnóstico psicológico.

4 Insatisfacción con el modelo médico El principal punto de discusión para los críticos de la Psicología tradidonal a lo largo de las últimas dos décadas es su insatisfacción con lo que se llama el modelo médico que intenta aplicar las defíciencias personales y los colapsos sociales en términos de las enfermedades biológicas o perturbaciones psicológicas en el interior de las personas (véase el capítulo 3). La objeción de la psicología comunitaria a este concepto es que implica un ambiente favorable e ignora la tensión ("stres") que generan las diferentes fuentes tan variadas como una pobre educación formal, vivienda inadecuada, corrupción política, carencias económicas, desempleo, racismo e instituciones sociales que no responden a las necesidades apremiantes.

Fuera de la disciplina de la Psicología hubo varias fuentes que alimentaron el desarrollo de la Psicología comunitaria. Tres de estas fuentes merecen una atención especial.

1 El activismo social El crecimiento del activismo social y político en los Estados Unidos durante la década de 1960 fue una fuerza que afectó de una manera impresionante a casi todas las personas que lo experimentaron. Los psicólogos no fueron la excepción. En una época en la que los efectos de sus tratamientos, sus pruebas y su ciencia en general se ponían en tela de juicio, es comprensible que los psicólogos se impresionaran con los resultados que producía un activismo social, mayores y más rápidos que sus propias intervenciones. Un gran optimismo propició el punto de vista (a menudo severamente insistente) acerca de que podía lograr el progreso social por medio de la acción social directa, y los psicólogos deseaban formar parte de ésta.

Rappaport (1977) identifica el movimiento de los derechos cívicos, la ideología separatista de los negros, las crisis urbanas, la guerra en contra de la pobreza y los arres tos y demostraciones de los estudiantes universitarios como acontecimientos sepa-

rados pero relacionados entre sí que produjeron la disposición y hasta entusiasmo de los psicólogos por ampliar sus ideas acerca de lo que es posible que puedan realizar las profesiones de asistencia para promover el cambio social.

2 Programas de Gobierno Una segunda influencia en la Psicología comunitaria provino de la rama ejecutiva del gobierno federal estadounidense. Los gobiernos d-emócratas de los presidentes Kennedy y Johnson resaltaron la importancia de la reforma social basada en una filosofía básica de liberalismo doméstico (interno). Se dio un espíritu de profesionalismo y de compromiso con una mejoría social realista que contrastaba con la posición conservadora en política exterior de Estados Unidos durante la década de 1950 así como las políticas domésticas de la época de Eisenhower (Halberstam, 1969). Tanto en el empleo como en el prestigio de los científicos sociales hubo una importancia escalada y algunos recibieron responsabilidades importantes para la formación y dirección de los programas de la "Gran Sociedad". En medio de este apasionamiento profesional, muchos psicólogos entraron en contacto con otros modelos de intervención que demostraron una mayor penetración y cobertura que las aproximaciones puramente psicológicas. Como resultado, los psicólogos se empezaron a apuntar en dirección de estos blancos de reforma social y cambio institucional.

3 La legislación A nivel legislativo se ejerció una fuerza interna final sobre la psicología comunitaria. La aceptación del Congreso del *Mental Health Study Act* (Ley para el estudio de la salud mental) en 1955 estableció la "Join Comission on Mental Health" -JCMHI (Comisión Conjunta de Salud mental). El informe final de esta comisión compuesta por 45 integrantes se publicó en 1961 bajo el título *Action for Mental Health* (Movimiento para la Salud Mental). A menudo se considera que ese documento constituyó el ímpetu directo de los movimientos de la salud mental comunitaria y de la Psicología comunitaria, debido a que recomendaba la construcción de los centros de salud donde se ofrecieran múltiples servicios completos para cubrir las necesidades de las comunidades locales (véase el cuadro 13-1 para obtener un resumen de las recomendaciones del JCMHI).

Al informe final de la Comisión conjunta le siguió la ("Community Mental Health Centers Act"), Ley de los Centros comunitarios de Salud Mental, que también se conoce como la ley de Kennedy debido a que el Presidente John F. Kennedy le prestó un apoyo activo. Él la recibió como un proyecto que crearía un programa nacional de salud mental. Esta ley proporcionó diversas partidas para la construcción de un sistema de diversos centros completos de salud mental que abarcarían un área de servicio para un número entre 75000 y 200 000 personas. El término "servicio completo" de acuerdo con esta ley se definió como aquel que incluía diez tipos de servicios. Se consideraba que cinco de estos servicios eran *esenciales*, lo cual significaba que los centros que buscaban partidas federales los requerían; los otros cinco servicios se clasificaban como *deseables*, lo cual indicaba que eran importantes pero que no era necesario subsidiarlos.

Los cinco servicios esenciales son: cuidado de los pacientes internos, hospitalización parcial, tratamientos de consulta externa para adultos y niños, servicios de emergencia disponibles las 24 horas del día y programas de consultoría y educativos. Los

Cuadro 12-1 Resumen de las recomendaciones que realizó la "Joint Commission on Mental Health and Mines" (Comisión conjunta sobre la salud y enfermedad mental) en su publicación *Action for Mental Health*

1 Se debe invertir una proporción mucho mayor de los fondos totales para la investigación de salud mental en la investigación básica en contraste con la investigación aplicada.

2 El Gobierno Federal debe apoyar el establecimiento de los centros de investigación de salud mental, o institutos de investigación. Estos centros o institutos operan en colaboración con las instituciones educativas y centros de entrenamiento, o se pueden establecer de manera independiente.

3 … la psiquiatría y las profesiones de salud mental afines deben adoptar una filosofía flexible y liberal acerca del contenido del tratamiento y de quién puede conducirlo dentro del merca do de referencia de los hospitales, clínicas de servicio profesional, especialmente con res pecto a las personas psicópatas o que tienen perturbaciones de la personalidad o de carácter severo que las incapaciten para trabajar, y llevar a cabo una vida familiar, y realizar las actividades cotidianas.

4 Las profesiones de la salud mental necesitan lanzar un programa nacional para la selección de sus recursos humanos y para el entrenamiento del personal, de tal forma que extiendan los esfuerzos actuales y estimulen el interés de la juventud americana en las carreras de la salud mental. Este programa'debería incluir todas las categorías del personal en el área de salud mental.

5 Las personas con una perturbación emocional—es decir, que experimentan una tensión ("stress") psicológica que no pueden tolerar—deben recibir una atención especializada y orientación útil dentro de su comunidad, si se han de prevenir las crisis mentales más serias.

6 Un programa nacional de salud mental debe reconocer que el problema básico y el asunto principal que no está terminado del movimiento de salud mental son las enfermedades mentales y también el tratamiento intensivo de los pacientes con crisis agudas y prolongadas de ben tener una prioridad sobre los integrantes que poseen un entrenamiento completo en la profesión de salud mental.

7 Las clínicas de la comunidad de salud mental que ofrecen servicios tanto a los niños como a los adultos y que funcionen como departamentos de consulta externa de los hospitales generales o mentales, como parte de los sistemas estatales o regionales para la atención del paciente mental, o las agencias indepedientes, son los métodos principales para reducir la necesidad de una hospitalización prolongada o repetida de muchas personas. Por lo tanto, un programa nacional de salud mental como su objetivo debe establecer una clínica con el personal requerido de tiempo completo para cada población de 50 000 personas.

8 No se deben construir más hospitales estatales de más de 1 000 camas, y no se debe aumentar la capacidad existente de los hospitales que en la actualidad albergan 1 000 o más pacientes. También se recomienda que los hospitales estatales con capacidad superior a 1 000 camas se conviertan de manera gradual y progresiva en centros que ofrezcan los servicios a largo plazo y ccombinado para las enfermedades crónicas, entre ellas las patologías mentales. Se debe asumir esta transformación durante los siguientes diez años.

9 . . . la atención posterior al tratamiento y la rehabilitación son partes esenciales del servicio dirigido a todos los pacientes mentales, y los diferentes métodos para lograr la rehabilitación se deben integrar a todos los servicios que se ofrezcan, entre ellos los hospitales de día, de noche, clínicas para la atención posterior al tratamiento, atención de familias adoptivas, residencia de convalescencia, centros de rehabilitación, servicios de bolsa de trabajo,, y grupos de personas que fueron pacientes.

10 Un grupo nacional de salud mental debe evitar el riesgo de la promesa falsa en el lema "educar al público para mejorar la salud mental" y centrarse en la meta más modesta de difundir dicha información acerca de la salud mental conforme a las necesidades y deseos del público con el fin de reconocer las diferentes formas de la enfermedad y obtener una opinión documentada en su responsabilidad hacia los enfermos mentales.

11 Los presupuestos para los servicios públicos de los pacientes mentales se deben duplicar en los siguientes cinco años y triplicar en los siguientes diez años.

Tomado de *"Action for Mental Heatth"* © 1961 de Basic Books, Inc.. Publishers, New York. (Reimpreso con permiso.) Para obtener una lista completa de las recomendaciones del "Joint Commission", véase las pp. viixiv del informe. Para obtener recomendaciones más recientes orientadas hacia la prevención sobre la política nacional de la salud mental, véase el informe de la ("Report of the President's Commission on Mental Health") Comisión Presidencial de Salud Mental, de 1978.

cinco servicios deseables son: servicios de diagnóstico, rehabilitación social y vocacional, atención previa y de seguimiento (incluyendo la selección previa a la admisión y visitas domiciliarias o residenciales intermedias después de dar de alta a los pacientes), entrenamiento del personal de salud mental, e investigación y evaluación de la efectividad del programa así como de los problemas de la enfermedad mental.

Por último, en 1965, se aceptó una legislación que hacía obligatorias las partidas para pagar los sueldos del personal que sería empleado en estos centros de "servicio completo". Se tenía la intención de que estas partidas llamadas "fondos para establecer el personal" proporcionaran las bases necesarias para los primeros años de operación, y que posteriormente la responsabilidad financiera se cambiara a cada uno de los estados, seguros de salud, tarifas directas y otras fuentes.

El sistema de servicios completos aún sigue siendo un ingrediente importante en los esfuerzos por la salud mental en Estados Unidos, aunque es probable que su función no sea tan sobresaliente como se proyectó originalmente. Puesto en la balanza, se debería considerar que el sistema es un logro muy modesto pero muy caro. Su logro principal fue que, junto con el desarrollo de los medicamentos antipsicóticos, promovió una reducción drástica en la población de los pacientes en las instituciones mentales. También "abrió" los servicios de salud mental en alguna medida al incluir al personal paraprofesional y que no recibía el entrenamiento tradicional en su personal de tratamiento y al ofrecer una supervisión comunitaria o de los pacientes. Otro logro que merece reconocimiento es que los servicios de salud mental estaban disponibles para las personas que con anterioridad y de manera crónica no recibían los servicios del sistema de la salud mental, de una manera suficiente.

Una de las limitaciones mayores del modelo de los servicios de la salud mental ha sido de naturaleza financiera. Desde finales de la década de 1960 el compromiso del gobierno federal al financiamiento de la salud mental se ha debilitado y cada vez es más tímido. Por consiguiente, en 1974 solamente se había construido 540 de los 2 000 centros que se había predicho que operarían en 1975. Además, muchos de los centros que operan tienen reducciones graves en el personal debido a que se han gastado los préstamos federales originales para el establecimiento del personal y no se han renovado o substituido.

El movimiento comunitario de salud mental también ha recibido varias críticas severas a nivel filosófico. Muchos críticos (Windle, Bass y Taube, 1974) han discutido que simplemente lo que se hizo es vaciar el viejo vino del modelo médico en la botella nueva de los centros comunitarios, mientras que se dejó intacta la perspectiva médica y la organización de los servicios de salud mental. Una segunda objeción se relaciona con la efectividad del programa, en especial con el hecho de que los centros de servicios para la salud mental en realidad no se orientan hacia la *prevención* del sufrimiento humano (Cowen, 1973). Otra crítica ha consistido en que los centros no han superado el problema de la disponibilidad. Las personas que los pueden necesitar aun no ha solicitado los servicios debido a sus limitaciones económicas, barreras culturales, aislamiento geográfico, burocratismo y miedo a recibir el estigma social. Otro aspecto que se relaciona y que la mayoría de los críticos señalan es que el sistema de servicios completos es que no se

Cuadro 12-2 El informe de Nader

Una forma para medir la importancia de un movimiento en nuestra época es si Ralph Nader se ha molestado en evaluarlo. Puede ser un consuelo muy pequeño para aquellos que evalúa, pero el movimiento de los centros de la comunidad de salud mental (MCCSM) llegó a este nivel de notoriedad cuando, en el verano de 1970, el Centro para el estudio de la ley responsable de Nader inicio una evaluación del programa. El informe subsiguiente titulado "The Madness Establishment" *(El establecimiento de la locura)* (Chu y Trotter, 1974) fue una denuncia amplia del modelo de MCCSM. Al reclamar que el plan "estaba sobrevendido (y) las metas originales se habían pervertido en poco tiempo", el informe acusa que entre una lista de deficiencias, "el Centro de Nader comunicó de una manera endeble la intención original del programa a los oficiales estatales y locales; no pudo coordinar la ubicación de los centros con otros de los esfuerzos de la secretaría de HEW y del bienestar social; no se esforzó de una manera importante en entrenar (o entrenar nuevamente) a las personas para la realización del trabajo comunitario; evitó que el financiamiento de los centros se alejara de los intereses estrechos de la profesión médica; no ocupó al consumidor en la planeación o funcionamiento de los centros; y solamente realizó una evaluación superficial de la ejecución del programa. Como resultado, los centros de la comunidad de salud mental solamente tienden a implicar una denominación nueva de la psiquiatría convencional, la recopilación de los servicios clínicos tradicionales que en la mayoría de los casos no responden a las necesidades de los grandes sectores de la comunidad, y que a menudo provocan la indiferencia y en algunas ocasiones, el antagonismo de las personas de la comunidad". (Chu & Trotter, 1974, pp. 202-203).

De Chu, F.D., & Trotter, S. *The Madness Establishment.* © 1974 de Viking Penguin, Inc. (Reimpreso con permiso).

ha dado una participación suficiente de la comunidad en la planeación y dirección de los centros (Smith y Hobbs, 1966).

Bien puede ser el caso de que el pesimismo actual en torno a los centros de salud mental esté vinculado en parte con el optimismo poco realista que les dio la bienvenida cuando se crearon hace 15 años. Las grandes expectativas corren el riesgo de que se conviertan en grandes decepciones. Pero las decepciones también tienen su valor educativo ya que en algunas ocasiones sugieren direcciones nuevas y útiles.

Desde este punto de vista, las decepciones acerca del modelo de los centros comunitarios de salud mental no son un desarrollo totalmente negativo debido a que han obligado a que los psicólogos redescubran y hasta amplíen las innovaciones que produjeron el movimiento moderno de la salud mental comunitaria. El resto de este capítulo se centrará en especial en las extensiones de este movimiento, ya que forman una parte importante de la psicología comunitaria.

Inicio formal de la Psicología comunitaria

Una vez que se han identificado las contribuciones esenciales de la psicología comunitaria, se puede proceder a anunciar el nacimiento formal de la Psicología comunitaria. Su fecha de nacimiento fue en la primavera de 1965. Su lugar de nacimiento fue Swampscott, Massachusetts (un suburbio de Boston), donde más de treinta psicólogos, muchos de los cuales ya estaban empleados en los centros de salud mental, se congregaron para hacer una llamada a los psicólogos comunitarios que serían "agentes de cambio, analistas del sistema social, consultores para los asuntos de la comunidad y estudiosos por lo general del hombre completo en relación con todo su ambiente" (Bennett, 1965, p.

833). El psicólogo comunitario sería un *participante-conceptualizador:* alguien que intenta cambiar las condiciones sociales de acuerdo con la forma como él las comprende.

Esta conferencia resaltó la importancia de otros tres principios. En primer lugar, las psicología comunitaria no se debe limitar a combatir la enfermedad o incapacidad mental. En lugar de esto, debe esforzarse por lograr el "bienestar de la gar, los psicólogos comunitarios deben asumir la responsabilidad de la promoción del crecimiento de la comunidad a través de la acción social planeada y el método científico. Por último, la Psicología comunitaria debe ser más vasta y algo más ambiciosa que la salud mental comunitaria, la cual, como ya se vio, retiene muchas de las trampas del modelo médico.

En la actualidad, la Psicología comunitaria está en su adolescencia y da toda la impresión de que se convertirá en una disciplina madura e independiente. Sus logros están registrados en varias revistas profesionales (" *The American Journal of Community Psichology", "The Community Mental Health Journal"* y *"The Journal of Community Psichology").* Ha recibido, sondeos, explicaciones, análisis y evaluaciones en una multitud de textos especiales (por ejemplo, Hedler y Monahan, 1977; Mann, 1978; Murrell, 1973; Nietzel, Winett, MacDonald y Davidson, 1976; Rappaport, 1977; Zax y Specter, 1974). A partir de 1967 se formó una división de Psicología comunitaria dentro de la American Psychological Association", y ahora pertenecen a ella varios miles de psicólogos.

La capacitación de los psicólogos comunitarios se ha convertido en una actividad importante de los programas de especialización en psicología. En 1962 únicamente existía un programa que otorgara un grado académico avanzado (maestría o doctorado) en psicología comunitaria y salud mental comunitaria. En 1967 existían diez, y en 1974 había 21. En el año de 1975 ya había 62 programas que ofrecían títulos en Psicología comunitaria y salud mental comunitaria (Meyer y Garrard, 1977). Con el fin de considerar las necesidades actuales de entrenamiento, se llevó a cabo la *"National Conference on Training in Community Psycology"* (conferencia nacional sobre la capacitación en la psicología comunitaria) en Austin, Texas, en abril de 1975, una conmemoración apropiada de la conferencia de Swampscott que ocurrió diez años antes.

PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA

En un artículo que ha tenido un impacto considerable sobre las concepciones de los psicólogos comunitarios, Rappaport y Chinsky (1974) propusieron que cualquier modelo de los servicios de salud mental se puede dividir en dos componentes básicos-un *componente conceptual* y un *componente del estilo de intervención.* Según Rappaport (1977), el componente conceptual es la teoría fundamental del modelo sobre la conducta humana; éste "dicta la base de los datos empíricos, nociones teóricas y suposiciones básicas para la comprensión de la conducta humana" (p. 72). El componente estilo del de intervención, por otra parte, "dicta la manera cómo se ofrecerá a la población dirigida el servicio que se requiere de acuerdo con el componente conceptual" (Rappaport, 1977, pp. 72-73).

Es posible analizar la Psicología comunitaria desde esta perspectiva si se percata que implica varios componentes o principios esenciales, cada uno de los cuales puede organizar bajo la clasificación conceptual o del estilo de intervención. Es importante recordar que no todos los psicólogos comunitarios abarcarán cada uno de estos principios. Sin embargo, cuando se consideran en conjunto, estas ideas forman el núcleo de la disciplina que por lo general se acepta y sirve para que se le distinga de otros de los ejemplos de la Psicología aplicada, en particular de la Psicología clínica. A continuación se estudiarán primero los cinco principios que se relacionan con el aspecto conceptual de la Psicología comunitaria.

Principios conceptuales

1 **Adopción de una perspectiva ecológica** Ya se cubrió este terreno. El lector recordará a partir de las definiciones del inicio de este capítulo que el psicólogo comunitario cree que la conducta no se puede explicar solamente por medio de un análisis de los factores individuales. Es posible que el cambio en la conducta de las personas a menudo requiera ser precedido del cambio en el funcionamiento de las instituciones sociales. El psicólogo comunitario más que los psicólogos de otras orientaciones considera que los factores sociales, ambientales y políticos son determinantes importantes del comportamiento. Debido a que los problemas de la vida se relacionan con estas tensiones potenciales a una escala amplia, el psicólogo comunitario a menudo se centra en los cambios de las comunidades y subcomunidades a las que las personas se deben ajustar y no tanto en los cambios de los individuos que a ellas pertenecen.

A un nivel más práctico, la perspectiva ecológica significa que el psicólogo debe buscar las causas de la conducta a varios niveles que no son psicológicos. Por ejemplo, la niña cuya indisciplina constante en el aula provoca que se le etiquete como hiperactiva puede sufrir de algún impedimento neurológico que Sea el origen de este problema. Pero también es posible que la conducta se deba a una determinada organización de la clase en la cual se recompense el bajo rendimiento, un curriculum con materias demasiado fáciles o difíciles para su nivel de rendimiento, o una "cultura" entre sus compañeros que le haya enseñado a menospreciar el logro académico. De una manera semejante, se podría ofrecer explicaciones que trascienden el nivel de análisis individual para los problemas de delincuencia y crimines, alcoholismo, desempleo y abuso de drogas. En cada caso, la perspectiva ecológica del psicólogo comunitario dirige la atención a la función que ejercen las fuerzas sociales y ambientales en el desarrollo de los problemas humanos.

2 Búsqueda **del** cambio en **el** sistema social El tipo de cambio que implica la perspectiva ecológica a menudo se denomina cambio a nivel del sistema social y se distingue del *cambio orientado hacia la persona*. La intención de los cambios en el sistema social es que las instituciones sociales importantes para la vida de las personas respondan de una manera más activa y fructífera para el crecimiento de los individuos. Los cambios en los sistemas pueden ocurrir a un nivel bastante bajo, como por ejemplo cuando un salón de la clase en todo un sistema escolar comienza a utilizar una economía de fichas para aumentar la participación de la clase. También es posible que los cambios sociales ocurran a un nivel mucho más elevado y que en realidad impliquen la creación de una institución social completamente nueva, co-

mo por ejemplo cuando un grupo de padres de familia que estén insatisfechos con la calidad de la educación pública, inicia su propia escuela diferente.'Los psicólogos comunitarios han concentrado sus esfuerzos en el cambio o nivel del sistema social en cuatro áreas: cuidado preescolar y familiar, el sistema educativo, el sistema penal y, desde luego, el sistema de salud mental.

Esto no significa que los psicólogos comunitarios jamás utilicen las intervenciones dirigidas hacia la persona. Sí lo hacen y a menudo con la creencia firme de que pueden lograr un gran éxito (Cowen, 1973,1977a), pero su preferencia es por los cambios a nivel del sistema social cuando éstos se pueden alcanzar, ya que se considera que dichos cambios presentan la mayor oportunidad para la producción de los cambios importantes y duraderos en las vidas de muchísimas persona. También existe la creencia acerca de que algunas de las intervenciones orientadas hacia el sistema social hasta pueden prevenir los problemas sociales y emocionales en lugar de que simplemente los alivien cuando ocurran.

3 Importancia de la prevención El rasgo principal de la Psicología comunitaria es la búsqueda de la prevención. La prevención es el *summum bonum* de la Psicología comunitaria; también, como se verá más adelante, se logra rara vez.

Caplan (1964) identificó tres tipos de prevención; terciaria, secundaria y primaria. La historia de las profesiones de la salud mental en realidad es una historia de la *prevención terciaria*. Este tipo de prevención se dirige hacia la minimización de la gravedad de la enfermedad, la reducción de las consecuencias a corto y a largo plazo del desorden y la detención de los trastornos de tal forma que se pueda recobrar la eficiencia personal. Zax y Cowen (1972) sostienen que "la prevención terciaria únicamente es una prevención nominal" y que se justifica debido a que es compatible con la "meta democrática y humanitaria de reducir la incomodidad humana y proporcionar la oportunidad para que todos los hombres tengan una vida efectiva" (p. 453). Casi cualquier forma de tratamiento podría proclamar que es una prevención del tipo terciario. Sin embargo, la exclusividad del término de "prevención" se conservara sólo si se restringe su uso a las intervenciones primaria y secundaria iniciales.

La *prevención secundaria* se dirige hacia la reducción de la prevalencia de la enfermedad por medio de los esfuerzos coordinados de la detección inicial e intervención rápida y efectiva o, como se expresó un chofer de taxi, "llegarle a las personas antes de que se les brinque la canica" (Schaar, 1978). Por este motivo, son esenciales los instrumentos que permiten un diagnóstico confiable y válido en el transcurso de un problema tan pronto como sea posible para la prevención secundaria. Los programas de prevención secundaria a menudo se llevan a cabo con niños de escolaridad primaria debido a la relación que existe entre la desadaptación inicial en la escuela y los problemas en la adaptación posterior y debido a la creencia acerca de que las escuelas pueden ser un vehículo para la optimización tanto del crecimiento personal como educativo.

[1]El lector que se interese en aumentar sus conocimientos sobre el tema del cambio a nivel del sistema social por parte de los psicólogos comunitarios debe consultar a Rappaport (1977, pp. 114-213).

Un ejemplo de esta aproximación es el *"Primary Mental Health Proyect"* - PMHP (proyecto primario de salud mental) de Cowen y sus colegas en la Universidad de Rochester (Cowen, Dorr, Izzo, Madonia y Trost, 1971). El PMHP utiliza técnicas de selección rápida para identificar a los párvulos que atraviesan problemas educativos o conductuales. Posteriormente los auxilios entrenados no profesionales ven a los niños que "corren riesgos" y los asisten en el manejo de sus dificultades y en el establecimiento y desarrollo de nuevas habilidades. Los datos de los resultados del PMHP sugieren que los participantes experimentan una mejoría tanto conductual como educativa (Cowen y Schochet, 1973). En la actualidad, la mayoría de los programas preventivos de la Psicología comunitaria ocurren a este nivel secundario.

La *prevención primaria* implica la reducción y eliminación final de los desórdenes mentales a través de la modificación de los factores patogénicos del ambiente o el aumento de los recursos personales de los individuos hasta el grado en que el desorden mental ya no suceda. En teoría la prevención primaría se puede lograr mediante la *acción social,* en la cual se realizan cambios en las instituciones de la comunidad con el fin de reducir los problemas, o por medio de la *acción interpersonal,* en la cual las metas del cambio se dirigen hacia las figuras que ejercen alguna influencia en la elaboración de las políticas o algunas otras personas influyentes cuya posición o puesto especial permite que cualquiera de los cambios que ellos efectúen se "radien". La renovación urbana, la capacitación para el tratabajo y algunas formas especializadas de asistencia social son ejemplos del primer tipo de prevención. La intervención familiar, la educación de los padres y el entrenamiento del personal que presta servicios de atención a la comunidad tales como policías o sacerdotes son ejemplos de la prevención que conduce por medio de la acción interpersonal.

4 Enfoque sobre la intervención en crisis La *intervención en crisis* es un ejemplo de un servicio directo que ejerce una función principal en el trabajo de una gran cantidad de psicólogos comunitarios. Existen muchos tipos de crisis que las personas enfrentan en el transcurso de sus vidas. Existen las crisis de rutina y que se pueden predecir durante el desarrollo tales como aprender a caminar, iniciar la escuela y encontrar un trabajo. La maduración también implica una serie de problemas psicológicos que se deben resolver con el fin de que ocurra el crecimiento óptimo de la personalidad. Varios teóricos de la personalidad (por ejemplo, Erikson, 1963: Sullivan, 1953) han acentuado la importancia de determinadas etapas de crisis psicológicas que la persona en desarrollo debe dominar. Existen otras crisis que no se pueden predecir y que ocurren de manera súbita, antes de que la persona haya tenido la oportunidad de prepararse o planear la situación de antemano. Una enfermedad seria, la muerte de un ser querido, una pérdida económica seria y los desastres naturales tales como los incendios o inundaciones son algunos ejemplos de lo que a veces se llama crisis accidentales. Una crisis no siempre es un acontecimiento que se define de una manera negativa. Ciertos acontecimientos en la vida tales como el ascenso en un trabajo o el cambio a una nueva comunidad puede tener connotaciones positivas para una persona, pero de cualquier manera generan una tensión considerable y una amenaza psicológica (Holmes y Rahe, 1967).

En la mayoría de los casos, cuando las personas se ven confrontadas por una crisis, tiene la capacidad de tolerar y finalmente adaptarse a las exigencias de la si-

tuación. Sin embargo, en algunos casos no sucede la adaptación y la tolerancia, y la crisis permanece sin ser resuelta y en apariencia insuperable. Ya sea porque la persona implicada tenga unos recursos limitados para manejarla o debido a que el problema tiene una intensidad especial y es sumamente difícil, algunas crisis no se resuelven. Como resultado de esto, la persona experimenta un sufrimiento emocional y desorganización, y si la crisis persiste por algún tiempo prolongado, pueden surgir varias perturbaciones serias de la personalidad.

La intervención en crisis es una técnica para ayudar a las personas a que manejen de una manera efectiva los problemas que en apariencias son abrumadores en el momento en que ocurren. Las intervenciones se destinan a las personas que de otra manera carecerían de los recursos suficientes para manejar la crisis de una manera adecuada. Desde luego, existen muchas estrategias para la intervención en crisis. En su forma más básica, la intervención puede presentarse como una referencia, en la cual la persona se pone en contacto con los recursos apropiados. La intervención puede consistir en escuchar a la persona de una manera comprensiva que le dé apoyo, mediante la cual la persona que ayuda simplemente presta su simpatía y comprensión sincera, o puede consistir en técnicas más específicas para las necesidades de la crisis. La intervención en crisis se puede centrar en la persona que atraviesa la crisis e intenta ayudarla a comprender la forma como ella contribuyó a crear esa crisis particular (Jacobsen, Strickler y Maley, 1968).

Históricamente, se han dado varios precedentes en la utilización de la intervención de crisis. Butcher y Maudal (1976) mencionan un tratamiento a corto plazo de una neurosis de combate durante la Segunda Guerra Mundial, el desarrollo de técnicas para la prevención del suicidio y el crecimiento de las "clínicas libres" en las grandes áreas metropolitanas que no han recibido servicios suficientes, como fuentes iniciales importantes que contribuyeron al movimiento actual de la intervención en crisis.

La mayor parte de los comentaristas concuerdan en señalar que la contribución que tuvo una mayor influencia sobre la práctica de la intervención en crisis fue la obra de Erich Lindemann (1944) y su socio Gerald Caplan (1961). Las nociones de Lindemann de la terapia de crisis se basaron en su trabajo con los parientes de las víctimas de un incendio trágico de 1943 en el "Coconut Grove", un club nocturno de Boston. Lindemann concluyó que existían determinadas etapas de dolor que las personas deben atravesar y progresar de una manera sucesiva para poderse adaptar a la pérdida del difunto. Además demostró que se podía ayudar a la persona a que elaborara las diferentes etapas del proceso de luto por medio de una terapia dirigida hacia la crisis en sí, en lugar de a la personalidad general del individuo.

Por lo general las metas de la intervención en crisis son más limitadas que aquellas que persigue la psicoterapia. Los terapeutas de crisis rara vez obtienen la reconstrucción de la personalidad y la penetración completa en la dinámica de las dificultades en la adaptación. Butcher y Koss (1978) ofrecen una listas de los siguientes objetivos más comunes de la intervención en crisis: (1) alivio de los síntomas primarios del cliente lo más rápido posible, (2) restablecimiento rápido de la estabilidad emocional previa del cliente y (3) desarrollo de la comprensión del cliente de la perturbación actual y los factores que le precipitaron así como un aumento en la habilidad

para manejar otra crisis en el futuro. En algunos casos, este último objetivo no se logra con tanta frecuencia como los dos primeros, principalmente debido a la brevedad del tratamiento.

Así como la intervención en crisis se puede distinguir de la psicoterapia con base en sus metas, se pueden contrastar estas dos formas de tratamiento por medio de la importancia otorgada a diferentes técnicas. La diferencia más obvia implica la temporalidad: la intervención de crisis por lo general es breve. En la mayoría de los casos no se esperaría que el tratamiento durara más de seis semanas. Junto con estas limitaciones de tiempo se dan diferencias importantes en la conducta de los terapeutas. Es más probable que el interventor de crisis sea más directivo y muy activo en las sesiones que el terapeuta "promedio", que centre su interés en el área del problema primario, que se interese en los motivos del aquí-y-ahora en lugar de los del pasado, y que ofrezca consejos, orientación e información directa acerca de las formas opcionales para que efectúe la conducta deseable. Debido a la necesidad de la toma rápida de decisiones y a una intervención efectiva de crisis requiere de terapeutas sumamente experimentados (Butcher y Koss, 1978).

Como cualquier otra forma de terapia, cuando se practica la intervención en crisis se juzga que la evaluación del problema del cliente, de sus cualidades, debilidades y otras características personales son un factor esencial para el tratamiento exitoso. Se considera que es muy valiosa la recopilación de esta información de la manera más eficiente posible, y se prefiere que se lleve a cabo durante la sesión inicial de la intervención de crisis. Se considera que el desarrollo de la relación terapéutica es un prerrequisito de una intervención de crisis efectiva de la misma manera que lo es para la psicoterapia efectiva. De nuevo, sin embargo, se debe poner en la balanza la evolución de esta relación por un lado y por otro el tiempo limitado que se dispone para el tratamiento. Debido a la naturaleza delicada para lograr este equilibrio, se cree que la experiencia del terapeuta es un factor importante de la intervención en momentos de crisis.

5 Propoción de una "sensación psicológica de comunidad" Además de interesarse en la solución de los problemas inmediatos, el psicólogo tiene como meta el fortalecimiento de la capacidad de una comunidad o subcomunidad para planear y crear su propio cambio. El acento en la importancia de este aspecto se refleja en el fenómeno que Sarason (1974) denomina "la sensación psicológica de comunidad":

> Jamás he conocido a una persona —joven o vieja, rica o pobre, negra o blanca, hombre o mujer, culta o inculta— a la cual me haya costado trabajo explicarle lo que significa para mí la sensación psicológica de comunidad. Desde luego, mi explicación o lenguaje variaba, según la persona con la cual me estaba comunicando, pero jamás les tomó mucho tiempo comprender que lo que yo deseaba expresar era la idea de que uno forma parte de un conjunto de relaciones que fácilmente están a disposición nuestra y que proporcionan apoyo mutuo, del cual podía depender y que como consecuencia no podía experimentar sentimientos prolongados de soledad que lo impulsaran a llevar a cabo determinadas acciones o a adoptar un estilo de vida que enmascare la ansiedad y prepare el escenario para un sufrimiento posterior más destructivo. No se trata simplemente del número de personas que uno conoce, o el número de amistades íntimas que se tienen, o ni siquiera de la

> cantidad de seres queridos —si están dispersos por diferentes partes del mundo, si no pertenecen a la estructura de la vida cotidiana de uno, y si no están accesibles de manera continua, pueden tener poco efecto sobre la perspectiva propia inmediata o cotidiana de la comunidad. De hecho, en el caso de muchas personas estas relaciones muy queridas pero poco frecuentadas acentúan la ausencia de una sensación de pertenecer a una comunidad. . . .La comunidad en que vivimos es una entidad geopolítica con la cual sentimos poco parentesco. Podemos trabajar dentro de la comunidad, pagar los impuestos y votar por nuestros representantes, pero en ningún otro aspecto nos sentimos parte de ella. De hecho, podemos llegar a sentir cierta repulsión hacia ella debido a la violencia, los crímenes y conflictos que surgen dentro de ella. Deseamos que las cosas fueran distintas, pero nos sentimos impotentes para producir algún cambio. Nos damos cuenta de que se gasta una gran cantidad de dinero en la reparación social o física de nuestra comunidad, pero persiste el sentimiento de que estos zurcidos no son muy buenos. No sentimos que nuestra comunidad nos *necesita* y rara vez llegamos a pensar con seriedad sobre la manera cómo podemos contribuir a solucionar sus problemas. Estamos ocupados durante el día, cansados en la noche, y buscamos el recreo y diversión en los fines de semana. Y si somos padres, tenemos hijos que requieren nuestra atención cada día. ¿Cuándo nos queda tiempo libre para ocuparnos en una actividad comunitaria? ¿Qué actividad de la comunidad? ¿Con qué puedo contribuir yo? ¿En dónde me *necesitan* a mí? Nuestras vidas están limitadas por las circunstancias especiales y físicas, y esto nos parece muy natural la mayor parte del tiempo, a excepción de esos momentos conmovedores cuando ansiamos pertenecer a un conjunto mayor de relaciones que le darían una mayor expresión a nuestras necesidades de intimidad, diversidad, utilidad y pertenencia. El concepto de la perspectiva psicológica de la comunidad se parece al del hambre: no es fácil definir a ninguno de los dos, pero uno no se puede equivocar al experimentar una falta de sensación psicológica de la comunidad, así como no cabe el error cuando nos imaginamos las experiencias de una persona como resultado de la inanición, (pp. 351-352)

Los psicólogos comunitarios crean esta sensación de comunidad al fomentar el desarrollo de los puntos fuertes de las personas en lugar de eliminar sus debilidades. La meta que consiste en el aumento de la eficiencia de una comunidad y en la sensación de un fin común requiere que los psicólogos comunitarios toleren o hasta aumenten las diferencias positivas en las personas que ellos tratan. Las formas como una comunidad garantiza su seguridad, educa a sus niños, protege su ambiente, promueve su salud y establece un sentido de vitalidad solamente representan una pequeña porción de los medios disponibles para lograr los fines que se desean. El psicólogo comunitario que en verdad trabaja con éxito ayudará a las personas a crear varias alternativas efectivas a las instituciones sociales que existen al manejar sus preferencias y diferencias culturales como ventajas en lugar de defectos.

Estilo como se dan los servicios

Como se observó anteriormente, una segunda manera para definir un modelo de servicio de salud mental se relaciona con el *estilo como se dan los servicios.* A continuación se analizan tres principios importantes del estilo de presentar los servicios desde la perspectiva de la psicología comunitaria.

1 Ampliación de las funciones profesionales Los psicólogos clínicos por lo general ofrecen *servicios directos* a los clientes, quienes al tener algún problema psicológico, están dispuestos a remunerarlos. Es probable que los psicólogos co-

munitarios, por otra parte, acentúen la importancia de los *servicios indirectos.* Estas intervenciones no se dirigen hacia un solo cliente en particular, pero se espera que éstos obtendrán beneficios debido a que los cambios en el sistema social que ellos propicien se *irradiarán* a los grupos que interesan. Otro aspecto de los servicios indirectos implica el entrenamiento de las personas que no tienen un grado profesional a que proporcionen una gran parte de los servicios directos que los profesionistas ofrecían previamente. Desde luego, esta actividad es una respuesta directa a la afirmación de Albee acerca de que no existe una cantidad suficiente de profesionistas que cumpla con las necesidades de salud mental de la población.

El giro que implica pasar de los servicios directos a los indirectos es una parte central de la ampliación de las funciones profesionales que proponen los psicólogos comunitarios. Esta ampliación de funciones ha inspirado varias nuevas descripciones de los psicólogos: asesor en salud mental, *no* profesionista psicólogo sin diván. Sin importar el nombre, el significado se mantiene constante: los psicólogos comunitarios tratan de incrementar su impacto a través de algunas de las innovaciones en el estilo de los servicios, el cual implica algo más que proporcionar servicios directos.

La *consultoria* es una actividad común del psicólogo comunitario. Aunque los psicólogos comunitarios no son los únicos que practican la consultoria (véase el Cap. 1), ellos le han otorgado una mayor importancia y la emplean más como una técnica de intervención que los psicólogos clínicos (consúltese a Marrino y Shore, 1975; o Woody, 1975 para obtener una revisión de las actividades de la psicología comunitaria).

Como se observó en el capítulo 1, la consultoria profesional se puede presentar en diversas formas (Caplan, 1963). Es posible que el consultor proporcione la orientación por medio del manejo de un caso profesional particular. Esto se conoce como *consultoria orientada hacia un caso* o *centrada en el cliente.* El consultor también puede asesorar los asuntos relacionados con la administración de los programas de servicio social, un proceso que se denomina *consultoria orientada hacia programas* o *centrada en programas. O* es posible que el consultor ejerza influencia sobre la planeación o formas de proporcionar servicios a través de los programas de salud mental. Esto recibe el nombre de *consultorio administrativa*

Otro ejemplo de las funciones que se han ampliado para los psicólogos comunitarios es la preparación de voluntarios, paraprofesionales y personas que no tienen una profesión con el objeto de que puedan efectuar los cambios conductuales que por lo común se reservaban para el profesionista. La aceptación del congreso de varias disposiciones legales para combatir la pobreza durante la última década ha creado miles de puestos para las personas que no tienen profesiones en las agencias de servicio comunitario (Riessman, 1967). Entre Otras, estas posiciones incluyen a los trabajadores de guarderías, trabajadores para la salud mental, conductores de grupos de autoayuda, consejeros para pandillas, grupos sociales y consejeros en materia de aborto. Se considera que la utilización de determinadas personas que no tienen una profesión para estas funciones tiene varias ventajas sociales así como justificaciones ideológicas. El "movimiento de las personas no profesionistas" ocasiona la creación de carreras significativas para la gente pobre, proporciona ayuda a las persona que atienden los problemas de otras personas con las que comparten características demográficas, arraigo cultural, o

tendencias políticas fuertes, y proporciona una fuente abundante de trabajadores que es necesaria para la disposición adecuada de los servicios de salud mental.

En muchos casos, se seleccionan los trabajadores directamente de los grupos que recibirán los servicios. A estos grupos se les llama *originarios sin profesión,* y se considera que su arraigo cultural dentro de un determinado grupo que interesa es su cualidad principal. En otros casos se selecciona a las personas paraprofesionales o sin título alguno, de determinados grupos que tienen un gran compromiso con el servicio y que no cobran caro por su labor. Tanto los estudiantes universitarios como las amas de casa son los voluntarios más usuales, y se les ha ocupado como asistentes en el salón de clase (Alden, Rappaport y Seidman, 1975), consejeros para los grupos de drogadictos (Dwarshuis, Kolton y Godoresky, 1973), agentes correccionales en el sistema penal (Twain, McGee y Bennet, 1972), ayudantes terapéuticos de los pacientes mentales crónicos (Holzberg, Knapp y Turner, 1967; Rioch, Elkes, Flint, Usdansky, Newman y Silber, 1963) y participantes en los programas de los centros comunitarios de salud mental y del sistema penal juvenil (Bertles y Tyler, 1975; Davidson, Rappaport, Seidman, Berck y Harring, 1975).

También es posible que los psicólogos comunitarios entrenen a parientes (Guerney, 1969) y amigos (Sulzer, 1965) para que inicien las condiciones del cambio conductual o mantengan las condiciones que ya se introdujeron mediante una intervención profesional. Esta implicación del personal auxiliar como mediadores del tratamiento es un aspecto bastante reciente, en especial de las intervenciones del modelo del aprendizaje social.

2 Uso del activismo Se ha considerado que la acción social es tanto una contribución social como un mal innecesario de la Psicología comunitaria. Después de la prevención, se piensa que el activismo social es la dimensión principal de una Psicología comunitaria efectiva. Los que apoyan las tácticas activistas sostienen que la voluntad del profesionista para provocar, agitar, confrontar y presionar es lo que ocasiona en gran medida su efectividad. Los que se oponen a la acción social profesional piensan que esa actividad es incompatible con la observación objetiva y la dedicación al empirismo que constituyen las características que definen al científico de la conducta.

Tal como se utiliza en este escrito, el activismo social se refiere a la utilización del *poder* como un recurso para lograr una reforma social. El poder puede ser económico, como por ejemplo cuando se reúne un grupo de accionistas para ejercer influencia sobre una corporación grande. Puede ser político, como por ejemplo cuando por medio de cabildeos se apoya una legislación importante o cuando se hacen intentos por que sea elegido el candidato "indicado." Puede también ser el poder coercitivo de la desobediencia civil (o no civil), como por ejemplo cuando las personas luchan por afirmar o proteger sus derechos humanos.

También es posible que el poder se manipule por medio de la publicidad, y debido a esta razón los psicólogos comunitarios a menudo tratan de cultivar sus contactos con los medios de comunicación con el fin de extender su influencia a través de la palabra escrita o la imagen en la pantalla. Por último, el poder descansa en los puestos ocupados por los dirigentes. Cada vez más los psicólogos buscan empleos en lugares donde tengan acceso a la formación de la política social. A los psicólogos comunita-

ríos les gusta estar en los sitios donde ocurre la mayor parte de la actividad de importancia y repercusión social —como integrante de un equipo de planeación urbana, consultor del consejo municipal, consejero de los legisladores, director de un grupo de conciudadanos, jefe de una agencia de servicio social— todos estos son empleos que influyen en el cambio conductual que trasciende el nivel individual.

No todos los psicólogos comunitarios practican el activismo social, ni todos lo deben hacer. El activismo como un estilo de intervención requiere determinados talentos y temperamentos especiales. También se requiere cierto grado de tolerancia por parte del ambiente social. El activismo no se debe perseguir por sus propios fines. Solamente es un estilo de intervención. A pesar de que puede ser muy poderoso, no debe dominar a sus practicantes.

Una vez que se hayan apartado las cláusulas anteriores, parece que una psicología comunitaria que se compromete con algunos tipos de activismo será más influyente y determinante que una que no poseyera esta dimensión. El ideal consiste en concebir una profesión que sea tan vigorosa y creativa para efectuar varias modificaciones en las condiciones sociales como para lograr su comprensión. A pesar de que aún no se ha logrado ninguna de estas metas, es posible que las funciones dobles de "innovador participante" y "conceptualizador" requiere varios tipos de psicólogos comunitarios. Ya sea que se pueda mantener mejor el activismo y la claridad conceptual por medio de una sola clase o varias clases de profesionistas, los objetivos de la disciplina deben consistir en el desarrollo y empleo de los principios de cambio social que se hayan verificado de manera empírica.

3 Utilización de la investigación como una forma de intervención Más que ningún otro tipo de psicólogos, los psicólogos comunitarios consideran la investigación como una técnica de intervención, una forma para producir el cambio. Esto es especialmente cierto en el caso de la *investigación de evaluación,* la cual compara los efectos de algún programa o tratamiento nuevo contra otros programas que existen o contra la ausencia completa de la intervención. Cuando un procedimiento experimental se asocia con mayores cambios o beneficios que otros programas, el investigador tiene una base para discutir a favor de que se introduzca ese procedimiento de una manera más permanente.

La experimentación desde esta perspectiva es tanto una técnica de desmostración como de persuasión George Fairweather, un psicólogo de la Universidad del Estado de Michigan, ha inventado la frase de *innovación experimental social* para describir la investigación que después de que demuestra la superioridad comparativa de un programa nuevo, se puede utilizar para apoyar la realización del programa.

También en la actividad que se denomina *investigación de diseminación* se encuentra otro ejemplo de la investigación utilizada como una forma de intervención. Esta consiste en la investigación que se planea con el fin de evaluar métodos opcionales para realizar aquellos programas experimentales de la investigación inicial de evaluación de un programa ha demostrado que son exitosos. Durante la trayectoria para encontrar la manera más efectiva para persuadir a otras organizaciones o comunidades para que adopten un determinado programa, se adopta, por necesidad dicho programa. El proyecto experimental de Fairweather que duró cinco años representa

el mejor ejemplo de la investigación de diseminación (Fairweather, Sanders y Tornatzky, 1974), que consistió en la evaluación de diferentes enfoques para persuadir a cientos de hospitales mentales a que adoptaran un "programa de consulta externa" diseñado para los pacientes mentales crónicos. La investigación estudió las técnicas que eran más efectivas para activar el programa una vez que se hubiera tomado la decisión de adoptarlo y exploraba los procedimientos que las instituciones que las incorporaron utilizaron para difundir el programa a otros programas de salud mental dentro de su perímetro.

ALGUNOS EJEMPLOS DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Una de las mejores maneras para comprender la Psicología comunitaria es analizar exactamente la actividad de un practicante típico, y esto es lo que se hará en esta sección; se presentarán ejemplos prácticos de Psicología comunitaria. Se pudieron haber escogido muchos ejemplos, tales como las intervenciones en el sistema educativo, programas especiales del preescolar, guarderías, organización de la comunidad, planeación y desarrollo urbano, el sistema penal para delincuentes, evaluación de las agencias de servicio social, la atención comunitaria a las personas que tienen enfermedades crónicas y el entrenamiento de los trabajadores paraprofesionales o sin profesión. Como se indicó en la sección introductoria de este capítulo, la variedad de las funciones que ofrece un psicólogo comunitario es sumamente amplia.

El enfoque en este apartado se centrará en la manera como un psicólogo comunitario se enfrenta a algunos de los problemas del sistema penal. Dos de las áreas más importantes de las labores del psicólogo comunitario en el sistema penal son la *desinstitucionalización* (lograr que las personas abandonen las instituciones) y la *discriminalización* (lograr su rehabilitación). La desinstitucionalización se basa en dos presupuestos: el primero es que la rehabilitación de los delincuentes se optimizará si su confinamiento se minimiza, y el segundo es que los ambientes correccionales preferidos son aquellos que se asemejan más a los ambientes en los cuales debería ocurrir la adaptación de los delincuentes.

El procedimiento de desinstitucionalización más común es la libertad condicional. La Comisión Presidencial sobre el Cumplimiento de la Ley y la Administración de la Justicia (1967) informó que la libertad condicional se ha convertido en la sentencia que se utiliza más comúnmente en el caso de las personas que delinquen por primera vez. Algunos grupos de jueces en un 70% de los delitos de felonía. Pero la libertad condicional tiene muchos problemas, incluyendo una acumulación de casos que sobrepasa tres o cuatro veces el criterio de 35 casos por cada encargado de libertad condicional ("U.S. President's Commission," 1967). Como resultado, la supervisión de los sujetos bajo libertad condicional a menudo es solamente nominal. En lugar de que se lleve a cabo un manejo y supervisión adecuados, los encargados de libertad condicional deben basarse principalmente en el control aversivo de los sujetos, que a menudo no aprenden ninguna nueva habilidad que pudiera promover su adaptación exitosa a la comunidad.

Los psicólogos comunitarios han intentado dirigirse a algunas de estas críticas desarrollando varias técnicas nuevas de libertad condicional que se basan en los prin-

cipios del aprendizaje social. Estos procedimientos representan una demostración afortunada de que los psicólogos pueden contribuir a la meta de la desinstitucionalización.

A la fecha, la investigación más completa sobre el enfoque del aprendizaje social en el caso de la libertad condicional es el estudio bien controlado de Polakow y Doctor (1974). Los sujetos fueron 26 adultos (15 mujeres y 11 hombres) que habían estado bajo libertad condicional durante un periodo promedio de 12.5 meses antes del estudio. Se les transfirió al programa debido a que los encargados anteriores habían considerado que eran personas muy difíciles para trabajar con ellas. La mayor parte de los crímenes con los cuales se relacionaban estas personas tenían que ver con las drogas.

El periodo nuevo, experimental de libertad condicional consistió en tres fases de contingencias graduadas. En la fase 1, la persona bajo libertad condicional guarda méritos por presentarse a sus sesiones semanales con el encargado. Cuando acumulaba 8 méritos, el participante podía pasar a la fase 2, en la cual juntaba puntos por asistir a las sesiones de grupo con otros delincuentes. Estas sesiones de grupo se dedicaban a "compartir experiencias dentro del contexto social, discutir los problemas y obtener apoyo para la automodificación positiva de la conducta desviada" (Polakow y Doctor, 1974, p. 65). La fase 2 duraba un mínimo de diez semanas.

La fase 3 requiere que el participante escribiera un contrato individual, con la aprobación del encargado en el cual se especificaran las conductas nuevas que la persona consideraba que necesitaba desarrollar (por ejemplo, obtener un empleo, comenzar nuevas actividades sociales). Por lo general los contratos se limitaban a una sola clase de conducta que se consideraba que era la deficiencia más crítica del delincuente. Cuando la persona cumpliera de manera exitosa con las conductas contenidas en el contrato obtenía una serie de reducciones, determinadas con anterioridad, para el tiempo de libertad condicional que quedara pendiente.

Polakow y Doctor (1974) compararon el comportamiento previo de los participantes cuando estaban en las condiciones tradicionales de libertad condicional con aquella que realizaron durante el periodo de manejo de contingencias. La evaluación del programa se centró en cuatro tipos de resultados: cantidad de violaciones a la libertad condicional, cantidad de arrestos nuevos, proporción del tiempo de libertad condicional durante el cual mantenía un empleo el participante, y asistencia a las sesiones programadas. En la tabla 12-2 se presentan los resultados de las primeras tres mediciones e indican con toda claridad la superioridad de la libertad condicional basada en las contingencias. La asistencia a las sesiones también aumentó de una mane ra significativa durante el programa de contingencias. En especial los datos sobre los arrestos impresionan, ya que no se aplicó algún tipo de contingencias sistemáticas a la ocurrencia de la conducta ilegal, incluyendo el uso de las drogas.

Los resultados que se obtuvieron durante el programa de manejo de contingencias también se contrastaron con los datos que produjo un programa intensivo de supervisión, en el cual el encargado era responsable de una cantidad reducida de casos y que por lo tanto le permitía un contacto más frecuente con los clientes. El tratamiento por medio del manejo de contingencias y el de los casos de la supervisión intensiva se compararon tanto en tamaño como en la cantidad de tiempo que la persona pasa-

Tabla 12-2 Las violaciones a la libertad condicional, el número de arrestos y meses que permaneció empleado en las condiciones de libertad condicional tradicional y de manejo de contingencias

Variable dependiente	Condición	Sexo M	Sexo F	Total	Diff t
Número promedio de violaciones a la libertad condicional por año	Tradicional	1.43	2.05	1.75	5.05*
	Contingencias	0.00	.26	.15	
Número promedio de arrestos mientras se estaba en libertad condicional	Tradicional	2.64	1.53	2.00	4.22*
	Contingencias	.18	.13	.15	
Porcentajes de meses que permaneció empleado mientras se estaba en libertad condicional	Tradicional	51.9	38.6	44.6	3.30*
	Contingencias	74.7	78.9	76.9	

Tomado de Doctor, R., & Polakow, R. "Proceedings of the 81st Anual Conuention of the American Psychological Association." Copyrigh 1973 del "American Psychological Association". (Reimpreso con permiso.)

ba con el encargado. Las edades promedio de los dos grupos de casos casi fueron equivalentes. El resultado de esta comparación rindió datos muy semejantes a los que se presentan en la tabla 12-1. La libertad condicional bajo la supervisión intensiva, ya que la primera produjo un mayor decremento en la cantidad promedio de las violaciones a la libertad condicional así como en el número de arrestos posteriores y un incremento en la cantidad de meses que se emplearon. El sistema de manejo de contingencias se ha aplicado a otros casos numerosos de libertad condicional por violaciones tales como la posesión de drogas peligrosas y el abuso de los menores de edad, mo la posesión de drogas peligrosas y el abuso de los menores de edad.

La *discriminalización* implica la utilización de un conjunto de estrategias con el fin de contrarrestar el estigma que acompaña al procesamiento de las personas acusadas y sentenciadas por el sistema penal. Se puede concebir la trayectoria que atraviesa un acusado criminal por el sistema penal como una serie de procedimientos por medio de los cuales la persona se sale del sistema o éste lo retiene. Se puede considerar un punto de salida como cualquier momento discreto en el cual el cumplimiento de la ley, los oficiales judiciales o correccionales interrumpen o terminan el contacto del individuo con el sistema penal.

Solamente existen cinco de esos puntos de salida: (1) la libertad bajo fianza o alguna otra forma de garantía de bienes proporcionan una salida temporal; (2) eliminación de las acusaciones; (3) indulto; (4) el que una sentencia o convicción se revoque por una corte revisora y (5) cumplimiento de una sentencia correccional. Se puede concebir a la descriminalización como un conjunto de procedimientos cuyo propósito es aumentar las opciones de los puntos de salida en el sistema. Los psicólogos comunitarios han acentuado la importancia de la creación de un mayor número de salidas en las etapas iniciales de la secuencia mencionada.

Una de las formas populares en que se presentan los esfuerzos de la discriminalización se ha centrado en la creación de varias alternativas al arresto policial, el procedimiento oficial por medio del cual se inician las operaciones del sistema penal. La intervención de la policía a menudo ocurre durante una disputa familiar o crisis interpersonal en la cual una discusión entre ciudadanos degenera en una confrontación violenta y ocasiona un problema. La "llamada de la familia perturbada" es una actividad peligrosa para los policias. Bard (1971) cita varios datos que demuestran que el 40% de los daños físicos a los policías mientras realizan su trabajo ocurren mientras responden a este tipo de llamada.

Bard (1969,1970; Bard y Berkowitz, 1967), un psicólogo, fue el primero que desarrolló un programa a través del cual un grupo especial de policías de la ciudad de Nueva York (nueve voluntarios de raza negra y nueve de raza blanca) fue entrenado para intervenir en la típica llamada de crisis familiar sin efectuar un arresto. El programa de entrenamiento se centró en el desarrollo de las habilidades interpersonales que les permitirían intervenir a los policías en una discusión, de tal forma que se redujera la posibilidad de la violencia por parte de los ciudadanos o la policía. Siempre que fuera posible se ahogaba la crisis mediante las técnicas de intervención de crisis, y se les refería a las personas que disputaban a una agencia adecuada de servicio social para recibir una mayor ayuda.

Varios problemas metodológicos no permitieron realizar la comparación entre la ejecución del grupo especial de policías y los que no participaron en el entrenamiento. Sin embargo, ninguno de los 18 policías sufrió algún daño como resultado de sus intervenciones en las crisis familiares. Otro proyecto (Driscoll, Meyer y Schaine, 1973) incluyó la evaluación de seguimiento de las familias que habían recibido ayuda de los oficiales que habían recibido un entrenamiento especial o de los policías sin entrenamiento. Los ciudadanos que obtuvieron la asistencia de los oficiales entrenados evaluaron las intervenciones de una manera más favorable que los individuos que recibieron la intervención habitual.

Existen muchos otros ejemplos que demuestran la manera como un psicólogo comunitario puede laborar dentro del sistema penal. La reforma a la libertad bajo fianza, el fomento de albergues intermedios, la investigación de los efectos de ciertas porciones de la ley penal, la reforma al sistema de vigilancia, y la desviación de los delincuentes del mismo sistema constituyen las actividades importantes por los que los psicólogos correcionales orientados hacia la comunidad han abogado.[2]

EVALUACIÓN DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA

La Psicología comunitaria ha madurado hasta el punto en que puede tolerar las críticas, algunas de las cuales provienen de sus mismos promotores. Las críticas se han dirigido tanto a los logros como a los fracasos de la Psicología comunitaria. En esta sección se estudiarán cuatro de las quejas más comunes sobre el modelo de la psicología comunitaria.

[2]Para obtener una cobertura detallada de los dilemas étnicos y metodológicos que estas actividades plantean, consúltese el "Report of the Task Forcé on the Role of Psychology in the Criminal Justice System" (1978).

La demagogia frente a los resultados Una de las críticas más generales a la Psicología comunitaria es que se han sobrevalorado sus principios y se han exagerado sus logros. Los psicólogos comunitarios han sido muy perceptivos y productivos al señalar los errores tanto de la sociedad como de las profesiones de la salud mental cuando estas últimas intentan efectuar algunas correcciones, pero han sido mucho menos hábiles en establecer la tecnología que produzca los cambios específicos y perdurables en el sistema social.

La demagogia del campo de la Psicología comunitaria no ha ido a la par con lo que debería ser la meta última: los resultados. Los psicólogos comunitarios aún están estancados en el pantano de las discusiones con los clínicos acerca de las desventajas del modelo médico en lugar de cultivar el desarrollo de las intervenciones efectivas para la comunidad.

Para ejemplificar este problema los autores de este texto sondearan los artículos que se publicaron en cuatro ediciones recientes del *"American Journal of Community Psychology"* (Revista Americana de Psicología Comunitaria). Únicamente cuatro de los 42 artículos describieron la aplicación de una forma original de intervención. La mayor parte de los informes consistían en los resultados obtenidos de los sondeos, cuestionarios y otros instrumentos profesionales de evaluación. ¡Muchos artículos criticaban el hecho de que el psicólogo comunitario carecía de una buena cantidad de demostraciones concretas de un verdadero logro! En ningún lugar es más visible esta discrepancia entre lo que se dice y hace que en el caso de la prevención primaria.

El fracaso de la prevención El mayor fracaso de la Psicología comunitaria se encuentra precisamente en el objetivo donde buscaba su mayor éxito: la prevención primaria. A pesar de todas sus buenas intenciones, entusiasmo, alarde, impaciencia e inversiones, la Psicología comunitaria solamente puede apoyarse en una cantidad sumamente reducida de ejemplos que demuestren una prevención primaria efectiva. Después de revisar la evolución de la falta de logros en el área de prevención. Emory Cowen, un psicólogo comunitario de la Universidad de Rochester, concluyó que

> ...los psicólogos han realizado pocos avances en cuanto a la verdadera prevención primaria. Si se mide en contraste con lo que nosotros como psicólogos hemos logrado, el concepto de prevención es completamente una aureola que carece de sustancia. Aunque de manera abrumadora todos estamos de acuerdo en que "es fantástico", muchos de nosotros no podemos identificar "lo que es" de una forma concreta. Ha llegado el momento en que debemos reconocer nuestra pretensión. Continuaremos al modo del avestruz a jugar con las palabras demagógicas que nos ayuda a sentirnos muy correctos y modernos por el momento, o subiremos las mangas de nuestras camisas para comenzar a trabajar sobre las formas nuevas y diferentes de programación e investigación que se necesitan. (1977b, p. 489)

En otros sitios, Cowen (1977a) ha observado la existencia de dos obstáculos principales que se encuentran en la prevención primaria de la salud mental. En primer lugar, la mayor parte de los profesionistas desconocen casi por completo algunos

ejemplos reales de la prevención primaria de tal manera que es probable que la confundan con sus imitadores de la prevención secundaria o terciaria. Cowen (1977b) le llama a esto un "tropiezo en la definición": cualquier cosa que se parece a la concepción que uno tiene de la prevención primaria se abraza como si fuera "la misma cosa".

El segundo obstáculo es nuestra carencia fundamental acerca de las variables independientes que influyen de una manera poderosa sobre los problemas humanos, y una gran parte de los que sí se tiene seguridad están tan alejados del área de competencia del psicólogo que le es imposible intervenir.

Sin embargo, los psicólogos comunitarios continúan trabajando de manera ardua por desarrollar las técnicas preventivas. Cowen (1977a) ha nombrado dos áreas que ofrecen alguna promesa. Una es el *análisis y modificación de los ambientes sociales,* un tipo de ingeniería social en la cual se organizan los salones de clase, hospitales, guarderías, áreas de recreación y lugares semejantes, de tal manera que fomenten el desarrollo de las personas a las que se les ofrecen los servicios. La otra es la *creación de la eficiencia,* una estrategia por medio de la cual se les ayuda a las personas a que desarrollen algunos recursos y habilidades adaptativas cuando son jóvenes, de tal manera que se puedan prevenir las desadaptaciones futuras. El entrenamiento en las habilidades sociales, la estimulación cultural de la juventud marginada, y la promoción de los logros académicos constituyen ejemplos de esta segunda aproximación.

Se ha sugerido que una gran parte de las técnicas orientadas en el modelo del aprendizaje social podrían servir como una tecnología de intervención de la Psicología comunitaria. Nietzel, Winett, MacDonald y Davidson (1977) revisaron los efectos de lo que denominó la *Psicología comunitaria conductual* sobre diez problemas actuales de las comunidades: la educación, justicia penal para menores de edad, justicia penal para los adultos, el abuso de las drogas, el alcoholismo, la salud mental comunitaria, los pacientes psiquiátricos, la vejez, el desempleo y los problemas del ambiente. En algunos casos, los métodos conductuales produjeron cierto impacto preventivo.

Un alcance exagerado Además de exagerar sus logros, se le ha acusado a la Psicología comunitaria de haber perdido de vista sus objetivos apropiados y realistas. Por ejemplo, la noción acerca de que los clientes que necesitan cambiar son las comunidades y no los clientes individuales ha provocado una crítica difundida a partir de Warren Dunham, un sociólogo. Dunham (1965) ha descrito el movimiento comunitario como "la panacea terapéutica más novedosa", y sostiene que el interés nuevo en la comunidad es una compensación de la frustración que han experimentado muchos clínicos al no tener éxito en el tratamiento de los desórdenes mentales crónicos tales como las psicosis.

Como otros clínicos, Dunham se mantiene escéptico acerca de si los científicos de la conducta tienen suficientes conocimientos para curar a comunidades enteras:

> ¿Cuáles son las técnicas posibles que se pueden desarrollar para tratar a la "colectividad"? ¿Cómo es que los psiquiatras consideran que es posible tratar a la "colectividad" cuando

> aún existe una inseguridad pronunciada con respecto al tratamiento y alivio del caso individual? ¿Qué es lo que le hace pensar al psiquiatra que si él promueve determinadas técnicas para el tratamiento de la "colectividad", éstas gozarán de la aceptación de la comunidad? Si él comienza a "tratar" a un grupo por medio de las plásticas con el fin de desarrollar los descubrimientos personales, ¿qué le asegura que obtendrá resultados provechosos para las personas? ¿El psiquiatra sabe cómo organizar a una comunidad en relación con los aspectos de la higiene mental y en caso de que sí tenga estos conocimientos, qué evidencia existe a favor de que esta organización será una verdadera mejoría de la organización que ya existe? ¿En qué ambientes institucionales o medios culturales se esperaría que el psiquiatra comenzara a trabajar con el objeto de producir las relaciones sociales más sanas de la comunidad? Estas preguntas son serias y las hago en relación a la idea de que la comunidad es el paciente. (Dunham, 1965, p. 306.)

Algunas objeciones éticas La Psicología comunitaria ha provocado muchas preocupaciones de tipo ético. Como ha sucedido en el caso de otras críticas, tanto los proponentes como oponentes de la disciplina han planteado varios aspectos éticos. Un temor común es que los programas comunitarios, en especial aquellos cuya meta es la prevención, pueden amenazar las libertades y derechos individuales. Halleck (1969) ha expresado la preocupación acerca de que el movimiento comunitario llegue a convertirse en un intromisión cada vez mayor en la vida privada y en los derechos de las personas para dirigir sus vidas de la manera como ellas desean. Teme las consecuencias que puedan ocasionar los profesionales de la salud mental prescribiendo un estilo de vida "sano" para una comunidad y al intervenir para asegurarse que se convierta en una realidad.

Existen por lo menos dos razones por las cuales este temor en particular es exagerado. En primer lugar, es notable la resistencia de los norteamericanos al control y a la coerción. Su gran confianza de la reglamentación innecesaria de cualquier fuente que provenga, sea política, militar o hasta médica, ha constituido una protección efectiva en contra de los excesos del control que otras sociedades sufren. En la actualidad, esta cualidad parece ser lo suficientemente fuerte para prevenir los abusos posibles del psicólogo comunitario muy ambicioso.

En segundo lugar, se debe abordar nuevamente el tema del grado de los logros de la Psicología comunitaria. Como se ha visto, fuera del campo de los servicios tradicionales de salud mental a los sectores mayores de la población, el movimiento comunitario no ha producido los programas preventivos a los cambios a nivel del sistema social que persigue. El dilema ético actual de la psicología comunitaria más apremiante no es tanto la amenaza de intervenir en exceso sino de no tener una intervención.

Han surgido otras objeciones éticas acerca de la Psicología comunitaria. Algunos críticos temen que el incrementar la importancia que se le presta a la prevención hará que los profesionales se desvíen del ejercicio del tratamiento intensivo que requieren algunos clientes con perturbaciones graves o que muchos clientes prefieren (Dunham, 1965). Es muy poco probable que esto ocurra, en especial debido a que los campos de la salud mental ya sufrían de una escasez de personal profesional desde mucho tiempo antes que apareciera la psicología comunitaria. De hecho, como se recordará, una de las motivaciones principales detrás del movimiento de la salud men-

tal comunitaria era llevar los servicios psicológicos a cantidades mayores de personas.

Otros críticos sostienen que existe algún peligro en la identificación y tratamiento inicial que se asocia con la prevención secundaria. Cuando el psicólogo se muestra demasiado agresivo en determinar las personas de "alto riesgo", puede perjudicarlos con etiquetas prematuras. Ullmann y Krasner (1975) advierten que "el hallazgo de casos" no se debe convertir en "la creación de casos".

Por último, existe una incertidumbre incisiva acerca de quién es la persona en la comunidad que decide las metas de las intervenciones comunitarias. ¿Es el psicólogo, los que reciben el programa, la mayoría de las personas en la comunidad, o solamente los personajes influyentes? Los psicólogos comunitarios aseguran que las personas a las que les ofrecen los servicios dirigen los propósitos de sus intervenciones. En un texto que trata sobre la psicología comunitaria, Zax y Spector (1974) afirman que: "La noción de una psicología comunitaria sería imposible si no fuese por el hecho de que, debido a la unidad de los problemas sociales, se siente una necesidad de un nivel fundamental" (p. 325). Es posible que esto sea cierto, pero como discutió Korchin (1976), la noción de la participación en la comunidad es un ideal complejo que es aún más difícil de alcanzar debido a los conflictos frecuentes de valores entre los residentes de la comunidad y los psicólogos profesionales. Perlman (1977) se ha dirigido a este tema de la autonomía en contraste con la manipulación en una relación de asesoría. Su consejo acerca de la solución es doble: (1) organizar la participación de la comunidad durante el inicio de cualquier programa de tal manera que reciban algún impacto los consumidores, y (2) recordar que el enfoque final de una intervención debe ser ayudar a que los integrantes de la comunidad cubran sus propias necesidades.

REFLEXIONES FINALES

José Ortega y Gasset, el filósofo y estadista español, afirmó que "una revolución solamente perdura por 15 años, un periodo que coincide con la efectividad de una generación ".Si esto es cierto, entonces los próximos años serán época vital para la psicología comunitaria. O se derrumbará y se le recordará principalmente como un periodo que representó un levantamiento en la salud mental que cuestionó y modificó muchas de las funciones de los psicólogos clínicos, o se extenderá a través de una nueva generación de psicólogos que desarrollará y evaluará los programas de prevención y cambios a nivel del sistema social que se han prometido. Los autores prefieren que ocurra este último destino y consideran que los primeros 15 años de la psicología comunitaria fueron el preludio de un futuro más efectivo.



Cuarta parte

La profesión del psicólogo clínico



Capítulo 13

Aspectos profesionales de la Psicología clínica

Si Lightner Witmer regresase de su tumba para realizar una revisión de la disciplina que fundó, se duda que pudiera reconocer que muchos de los clínicos modernos en verdad son sus colegas profesionales. Es posible que una minoría se aproximara a su modelo original de tipo psicoeducacional y orientado a los niños e inspirase en él un gesto amistoso de aprobación y familiaridad. Pero es probable que para que Witmer comprendiese las actividades de una gran cantidad de otros clínicos, requeriría una introducción especial, que puede ocasionar cierta perplejidad al percatarse que existen clínicos que practican una disciplina muy diferente a la Psicología clínica de principios de siglo XX.

Witmer pensaría para sí mismo: "Estas personas que practican en forma privada la psicoterapia con adultos deben ser psiquiatras. Y este investigador que estudia los factores bioquímicos de los desórdenes conductuales debe ser un psicólogo fisiológico. ¿Y qué pretenden todas estas personas que hacen alharaca acerca de la reforma y desarrollo de la comunidad? Parecen políticos; probablemente del partido progresista, quizá son demócratas. Y esas gentes que conducen grupos de enriquecimiento y encuentro, ¿qué diría Wundt?"

Sin lugar a duda después de haber leído los doce capítulos anteriores, el lector compartiría la confusión de Witmer. La Psicología clínica es una profesión en auge, que cada día es más difícil resumir en un solo volumen. Como se vio en el capítulo 1, existe una lista larga de funciones profesionales que los clínicos de-

sempeñan en la actualidad. Sin embargo, ninguna lista podría representar de una manera totalmente justa la complejidad de la Psicología clínica debido a que no podría señalar ni las funciones múltiples que cada descripción de puesto requiere, ni las especialidades completamente nuevas dentro de la psicología clínica que surgirán en los próximos años. Impresionados por un crecimiento casi geométrico del número de psicólogos clínicos, una proliferación de actividades opcionales y una especialización cada vez mayor, a menudo los comentaristas luchan por formular una descripción apropiada de la situación actual de la psicología. Un resumen favorito consiste en indicar que la psicología clínica se encuentra en un "estado de transición".

Es obvio que el señalamiento anterior no es inadecuado, pero desde luego sí omite algunas características importantes de la situación actual de la Psicología clínica, y por lo menos descuida dos aspectos. En primer lugar, sugiere que la transición es un estado único, una época novedosa dentro de una evolución histórica estable y tranquila. Es evidente que esto es incorrecto. Una de las características interesantes de la Psicología clínica es que constantemente experimenta periodos de transición. Witmer no hubiese tenido que esperarse hasta la década de 1970 para asombrarse de los cambios de la Psicología clínica; hubiese observado modificaciones durante la década de 1920, 1930, 1940, 1950 y 1960.

Este estado de oscilación ha sido en parte un éxito y un fracaso. Por un lado ha provocado la imagen de la Psicología clínica como una disciplina emocionante y motivante. Pero por otro lado, las transiciones aceleradas han prevenido que la profesión se desarrolle de tal forma que logre "una fundamentación de tradiciones sólidas" (Güira y Brandwin, 1968) que podrían servir como un punto de referencia común para la indentidad profesional. La situación se parece un poco a la de un niño al que se le obliga a ser un adulto sin haber atravesado su adolescencia. Además, el crecimiento y evolución de la Psicología clínica no han sido causados por una planeación sistemática, sino más bien por la necesidad, exigencias sociales y oportunidades financieras para la ampliación (Shakow, 1978).

La frase "estado de transición" también tiende a subestimar la magnitud actual y el ritmo de los cambios de la Psicología clínica. La tasa de transición no se ha mantenido estable; ha atravesado una aceleración positiva como un objeto que se cae en el espacio. Cada una de las tres décadas, a partir de la Segunda Guerra Mundial, han ocasionado más cambios extensos en la disciplina que cualquier otro periodo previo.

Considérese estos tres ejemplos sencillos: (1) En 1947 la División 12 del APA, División de Psicología Clínica, tenía 787 socios. En 1964, había 2 883 socios (Shakow, 1968). En 1978, ya existían 4 337 psicólogos que pertenecían a la División 12; aproximadamente seis veces más grande que su dimensión inicial hace 30 años. (2) Durante los primeros 50 años de la Psicología clínica solamente hubo una convención importante sobre el entrenamiento profesional. Se llevó a cabo en Boulder, Colorado, en 1949. Durante los próximos 30 años se han llevado a cabo cuatro convenciones sobre la capacitación profesional a nivel nacional y muchas más conferencias en menor escala, (3) las proposiciones iniciales sobre la capacitación del psicólogo clínico desalentó a muchos clínicos a dedicarse a la

práctica privada y solamente ingresó una pequeña cantidad. Un sondeo de 1974 (Boneau y Cuca, 1974) reflejó que el 7.3% de los socios del APA con nivel de doctorado se dedicaban a la práctica privada por *tiempo completo.* Hoy en día casi el 21% de las personas que proporcionan servicios de salud mental a nivel de doctorado del APA (American Psychologycal Association) están *principalmente* empleados en la práctica privada (Gottfredson y Dyer, 1978), y en su sondeo reciente de los socios de la División 12, Garfield y Kurtz (1976) descubrieron que las personas que les respondieron pasaban aproximadamente el 25% de su tiempo profesional en la actividad de psicoterapia individual. Estos cambios, en combinación con muchos otros relacionados con el movimiento comunitario en salud mental, seguro de salud mental y la exigencia por parte de la sociedad para obtener servicios mentales, sugieren que seria mucho más adecuado calificar a la Psicología clínica no tanto como un periodo de transición, sino como en una época completamente nueva.

La primera época de la historia de la Psicología clínica abarca desde su nacimiento en 18% hasta la Segunda Guerra Mundial (véase el capitulo 2). En este periodo la Psicología clínica apareció como una disciplina, como una división dentro de la Psicología científica, y como un participante que aportaba contribuciones valiosas al equipo de salud mental, bajo la supervisión de la Psiquiatría. Los 35 años a partir de la Segunda Guerra Mundial constituyen la segunda época de la Psicología clínica. Durante este segundo periodo, la identidad exclusiva del campo se estableció y extendió con vigor. Esta época moderna ha experimentado una transformación, por lo menos parcial de una disciplina académica a una profesión que ofrece sus servicios. Ha atestiguado la liberación de la Psicología clínica tanto de la oposición intolerante de algunos integrantes que no pertenecen a la Psicología clínica como de la dominación patronal de la Psiquiatría. Es una época en la cual los clínicos lucharon por obtener su autonomía, la lograron, y se mantuvieron firmes por retenerla.

Los temas de este último capitulo son el proceso mediante el cual la Psicología clínica se convirtió en una profesión y la posición que ocupa en la actualidad. Es una historia que incluye muchos relatos debido a que, como se vio en el capítulo 2, la Psicología clínica no se desarrolló de una manera integrante o sistemática. Por el contrario, el proceso por el cual se convirtió en una profesión es el resultado del progreso en varios frentes distintos, aunque conexos (Wolman, 1965). El presente capítulo se centrará en cinco puntos principales que se consideran los más esenciales para comprender la lucha de la Psicología clínica por obtener un reconocimiento profesional.

1 La capacitación profesional. ¿Qué tipo de entrenamiento requiere una persona para convertirse en un psicólogo clínico, y cuáles son las diferentes opciones que se le presentan para obtener este entrenamiento?

2 La reglamentación profesional. ¿Cuáles son los mecanismos mediante los cuales se puede obtener seguridad acerca de que un psicólogo clínico posee un mínimo de determinadas habilidades y cumple con los requisitos mínimos para funcionar de una manera profesional?

3 La ética profesional. ¿Cuáles son los principios que guían a los clínicos para que determinen las normas éticas de sus actividades profesionales? ¿Cómo se manejan los asuntos relacionados con un comportamiento no ético?

4 La independencia profesional. ¿Cuál debe ser la relación entre la Psicologia clínica y las otras profesiones de salud mental? ¿La Psicología clínica debe ser una profesión absolutamente autónoma y responsable de su propia dirección y supervisión, o debe operar bajo la supervisión de la Medicina, en particular de la Psiquiatría?

5 Los peligros de convertirse en una profesión. ¿Ha sido una desventaja o un perjuicio que la psicología clinica se haya transformado en una profesión? ¿El público ha obtenido un verdadero beneficio? ¿Ha mejorado la calidad de la psicología clínica?

CAPACITACIÓN PROFESIONAL

A lo largo de las primeras cuatro décadas del siglo xx, el entrenamiento avanzado para los psicólogos clínicos ha logrado poco progreso. Para los clínicos de ese periodo, la experiencia no fue únicamente el mejor maestro, sino que prácticamente fue el único maestro. Los psicólogos cada vez más se dedicaban al trabajo clínico durante esta época, pero el entrenamiento que obtenían para estas actividades carecía de estructuración y sistematización. En gran parte la adquisición de los conocimientos y experiencias necesarios para el trabajo clínico competente era organizado por la misma persona (Shakow, 1948).

El APA tomó una cantidad reducida de medidas con el fin de formalizar el entrenamiento clínico durante el fin de la década de 1930 y principios de la década de 1940, pero éstas fueron muy precavidas y casi no ejercieron efectos importantes. En 1931, se formó un comité especial que designó el APA ("APA Comittee on Standards of Training for Clinical Psychologists") y en 1935 este comité publicó un informe que contenía varias recomendaciones para el entrenamiento clínico. El Departamento de Psicología de la Universidad de Columbia propuso un curriculum de entrenamiento para los psicólogos clínicos en 1935 que abarcaba dos años de estudios de postgrado y un año de internado (Shakow, 1948). En 1938, Shakow citó la necesidad del internado de un año completo en la capacitación de los psicólogos (Shakow, 1938). En 1943, un Comité sobre el entrenamiento del psicólogo clínico difundió un reporte titulado "Proyecto para el entrenamiento profesional en Psicología clínica", y dos años después se publicó un reporte sobre el entrenamiento del internado de postgrado de Psicología.

Se logró muy poco con respecto al entrenamiento sistemático de los psicólogos clínicos hasta la década de 1940, cuando las necesidades sociales que produjo la Segunda Guerra Mundial y el apoyo financiero combinado que proporcionaron la Administración de veteranos y el Servicio estadounidense de Salud Pública le ofrecieron una oportunidad única a la psicología para que se ampliara, estableciera y lograra reconocimiento (véase a Blank y David, 1964).

El psicólogo más influyente en el desarrollo de los programas del entrenamiento clínico fue David Shakow, quien durante muchos años fue el psicólogo

principal en el Hospital Worcerster del Estado en Massachusetts y posteriormente fue un personaje importante en el Instituto Nacional de Salud Mental. Ya en el año de 1942, Shakow vio la necesidad de un programa de capacitación a nivel de doctorado en Psicología clínica que incluyera un internado durante el tercer año (Shakow, 1942).

La previsión de Shakow en este campo atrajo la atención de Cari Rogers, quien era en aquel entonces el presidente del APA, Rogers le pidió a Shakow que presidiera un Comité sobre el entrenamiento en Psicología clínica ("CTCP") cuya tarea primaria era formular un programa recomendado para el entrenamiento del psicólogo clínico. El Comité, compuesto de seis de los clínicos más distinguidos de esa época, preparó un informe titulado "Capacitación recomendada de Postgrado en Psicología Clínica". El reporte se presentó al APA y fue aceptado en el mes de septiembre de 1947 y en ese mismo año se publicó en la revista *American Psychologist.* El "informe Shakow" estableció el diseño para el entrenamiento clínico y aún sigue siendo, con algunas raras excepciones, una norma útil para realizar la evaluación de los programas clínicos modernos.

El lector recordará que al final del capítulo 2 se mencionaron tres recomendaciones importantes del reporte Shakow sobre el entrenamiento clínico:

1 Un psicólogo se debe entrenar en primera instancia y de manera más importante como un psicólogo.

2 El entrenamiento clínico debe ser tan riguroso como cualquiera de las otras áreas no clínicas de la Psicología.

3 La preparación del psicólogo clínico debe ser amplia y dirigida hacia la "santa trinidad" de las metas profesionales de investigación: evaluación, investigación y terapia.

Además de estos objetivos, el informe de Shakow abogó por otros principios generales para los programas clínicos de postgrado:

4 El contenido básico de los programas de capacitación clínica debe implicar el estudio en tres áreas: la Psicología general, la psicodinámica del comportamiento, los métodos diagnósticos, los métodos de investigación, las disciplinas relacionadas y la Psicoterapia.

5 El programa debe ofrecer cursos básicos sobre los principios en lugar de una cantidad numerosa de cursos sobre técnicas especiales.

6 El entrenamiento se debe organizar alrededor de la integración de la teoría con la práctica: el trabajo del contenido del curso además del trabajo en el campo de aplicación con las personas que representen ambos aspectos de la Psicología. El acento en el entrenamiento integrado fue un punto sobresaliente del plan de Shakow: el mecanismo para la integración de la teoría con la práctica se menciona en cada uno de sus múltiples artículos sobre el entrenamiento.

7 A lo largo de todo el programa de postgrado, el estudiante deberá estar en contacto con los elementos clínicos. "Desde el primer año debe darse al estudiante la oportunidad de establecer contacto verdadero con el material humano en las situaciones naturales, psicométricas y experimentales en los lugares donde se efectúa la práctica, la aplicación de pruebas y el internado" (Shakow, 1947, p. 544).

8 También se deben proporcionar oportunidades para que se tenga contacto con el material "normal", con las personas que nunca establecen un contacto clínico.

9 El ambiente de entrenamiento debe fomentar la madurez y el crecimiento continuo de las características deseables de la personalidad.

10 El programa debe promover un sentido de responsabilidad hacia los pacientes y clientes, el cual si se establece una comparación con los médicos a menudo se encuentra deficiente en los psicólogos.

11 Se necesita un plan sistemático para el empleo de la enseñanza de los representantes de otras disciplinas relacionadas y para el estudio conjunto de los estudiantes clínicos con los estudiantes de estas disciplinas relacionadas.

12 Se debe subrayar la importancia de las implicaciones para la investigación que poseen los fenómenos clínicos a lo largo del programa.

13 Los estudiantes que reciben el entrenamiento se deben mantener sensibles a las implicaciones sociales de su trabajo. "Deben adquirir la habilidad para ver más allá de las responsabilidades que los endeudan con el paciente indivi dual, hacia aquellas que los endeudan con la sociedad" (Shakow, 1978, p. 151).

El informe Shakow también sugirió un curriculum posible para cada año que cumpliera con estos criterios. Esta agenda recomendada no se ofreció como una norma de entrenamiento a la cual cada programa universitario de entrenamiento se debía apegar sino solamente como un modelo ilustrador, un solo ejemplo posible de lo que podría ser un programa clínico adecuado.

En este modelo, los estudiantes del primer año deberán familiarizarse con los fundamentos sistemáticos y el contenido básico de la Psicología general. También recibirían entrenamiento en las técnicas de observación. El segundo año se dedicaría principalmente al contenido experimental, diagnóstico y terapéutico de la Psicología clínica. Además del material didáctico, los estudiantes adquirirían una experiencia directa y práctica con este material mediante los cursos prácticos y las designaciones clínicas (o lo que Shakow denominó "oficialías").

El tercer año sería el internado, un año de experiencia intensiva y extensiva con los fenómenos clínicos en un lugar operativo, como un hospital, clínica o centro médico. Durante este año el estudiante tendría la oportunidad de desarrollar "un volumen de experiencia tal que le proporcione un significado concreto de los principios generales" (Shakow, 1947, p. 551). Entre todos los componentes del programa ideal de entrenamiento, Shakow consideraba que el internado era el más esencial. Era el componente que engendraba el sentido de identidad profesional del estudiante y lo sumergía en la experiencia práctica clínica.

En el cuarto año se debían cumplir varios objetivos. La tesis, que probablemente se iniciara durante el tercer año, se debía concluir. El estudiante debería cursar un seminario sobre los problemas y la ética profesional así como otros seminarios sobre las disciplinas relacionadas. Y el estudiante se sometería a un periodo de "autoevaluación". Por lo general, la autoevaluación implica ser un paciente de una psicoterapia individual; se prefería que fuera de tipo psicoanalítico para ayudar al estudiante a descubrir sus prejuicios, actitudes y problemas de

personalidad, los cuales, si no se detectaban, podían interferir con el trabajo clínico posterior.

La mayor parte de los programas clínicos de capacitación se parecen mucho al prototipo de Shakow. Quizá la desviación más obvia de su modelo es que por lo común el entrenamiento dura cinco años en lugar de cuatro para que se complete toda la secuencia (el internado por lo general se cursa durante el cuarto año). Las razones por las cuales se añade un año son que la mayor parte de los programas requieren una tesis a nivel de maestría (por lo general durante el segundo año), y algunas universidades aún mantienen algunos requisitos de otras materias, como el dominio de un idioma extranjero. Por otro lado, es menos probable que hoy en día los estudiantes clínicos se sometan a una terapia personal como sucedía hace 15 o 20 años.

A pesar de que hay grandes variaciones en los curricula de los programas aprobados por el APA, la agenda de cursos que se presenta en la Tabla 13-1 se asemeja de manera aproximada al contenido típico de la mayoría de los programas a nivel de doctorado.

Por último, el informe de Shakow aborda varios temas, como la mejor manera de seleccionar los estudiantes de postgrado, la preparación a nivel de licenciatura de los estudiantes clínicos de postgrado, y el medio por el cual el desarrollo profesional y el entrenamiento se podrían y deberían continuar después de obtener el grado académico de doctor (véase Alexander, 1965, para conseguir una revisión de las oportunidades de entrenamiento en el postgrado de la psicología clínica). El mayor impacto del informe, sin embargo, se debió a que prescribía una combinación especial de preparación tanto científica como profesional que ha servido de modelo para la *mayoría* de los programas del entrenamiento clínico. Esta receta (que anteriormente se describió como el modelo científico-profesional) se aprobó de manera oficial en la primera convención importante sobre el entrenamiento del psicólogo clínico que se llevó a cabo en Boulder, Colorado, en 1949 (Raimy, 1950).

La convención de Boulder

La convención de Boulder sobre la capacitación en la Psicología clínica se congregó con el apoyo financiero de la Administración de Veteranos y el Servicio Estadounidense de salud pública que requirió de la APA que (1) nombrara aquellas universidades que ofrecían programas de entrenamiento satisfactorio y (2) desarrollara programas aceptables en las universidades que no los contenían (Derner, 1965). Los participantes de la conferencia se seleccionaron a partir de los programas universitarios de entrenamiento y lugares de práctica clínica.

El resultado principal de la convención de Boulder es que sus participantes apoyaron las recomendaciones básicas del Comité de Shakow y aceptaron el modelo científico-profesional del entrenamiento. Se esperaba que los psicólogos clínicos tuvieran la misma eficiencia en la investigación que en la práctica clínica y que obtuvieran un grado de doctorado en Psicología en un programa de postgrado de una universidad. También se requeriría un año de internado. El plan de Shakow se llegó a conocer como el *modelo de Boulder.*

Tabla 13-1 Ejemplo de un programa de doctorado en Psicología clínica

Semestre de otoño	Semestre de primavera
Primer año	
Estadísticas aplicadas a la Psicología I Introducción a la entrevista Evaluación dinámica I Práctica de evaluación Historias y sistemas de Psicología	Estadísticas aplicadas a la Psicología II Evaluación clínica II Seminario de temas a elegir (Psicología social) Psicología del Desarrollo, Psicología del aprendizaje, Psicología fisiológica) Teorías e investigación acerca de la personalidad
Segundo año	
Psicopatología Seminarios de temas a elegir (escoger un tema de la lista anterior) Sistemas de Psicoterapia Investigación	Prácticas de Psicoterapia Seminario de clínica (terapia de grupo, modificación de conducta, terapia infantil y familiar, y Psicología comunitaria) Investigación
Tercer año	
Prácticas de Psicoterapia Seminario de clínica (Escoger un tema de la lista anterior) Seminario de investigación clínica (Investigación de la personalidad, investigación a la psicopatología, investigación en la Psicoterapia) Seminario avanzado no clínico	Seminario no clínico avanzado Seminario de investigación clínica o no clínica Prácticas de Psicoterapia
Se debe presentar un examen de calificación durante el tercer año de postgrado; se debe presentar antes del cuarto año. Únicamente aquellos estudiantes que hayan terminado su tesis de maestría (M.A.) podrán registrarse para el examen de calificación.	
Cuarto año	
Intervalo	
Quinto año	
Seminario de investigación clínica o no clínica Seminario avanzado no-clínico Investigación para la tesis	Lo mismo

Los integrantes de la convención de Boulder además estuvieron de acuerdo en que era necesario algún mecanismo para asesorar, evaluar y acreditar de manera oficial los programas clínicos de entrenamiento y los sitios del internado. Como se observó en el capítulo 2, el APA formó una sección de capacitación cuyo comité acreditador se encargó de estas actividades. De manera inicial, todas las

visitas para tramitar el reconocimiento oficial se realizaban mediante el comité acreditador. Sin embargo, a finales de la década de 1960, la gran cantidad de programas clinicos, y la necesidad de acreditar los programas de orientación *(counseling)* ("asesoría") y Psicología escolar hicieron que este plan fuese poco factible. En la actualidad, un equipo acreditador del APA visita los sitios donde se llevan a cabo las actividades de entrenamiento clínico, aproximadamente cada cinco años. El equipo está formado por tres psicólogos (seleccionados del programa a partir de una lista de visitantes potenciales) quienes evalúan el grado de efectividad con el cual el programa cumple con sus propias metas de entrenamiento y con las normas de entrenamiento que estableció la APA. La revisión más reciente de los criterios del APA se adoptó en 1979.

Los resultados de las visitas acreditadoras se publican anualmente en la revista oficial del APA, *The American Psychologist.* En 1979 el APA aprobó de manera absoluta 103 programas de entrenamiento clínico (véase el Cuadro 13-1) y 136 internados. Además, existen muchos programas de entrenamiento a nivel de doctorado que funcionan sin la aprobación del APA, ya sea porque el programa

Cuadro 13-1 Programación de doctorado en Psicología clínica aprobado por la APA (1978)

Además de los 103 programas completamente aprobados, hay seis programas de psicología clínica que han recibido "aprobación provisional". Esta es una categoría para programas nuevos que presentan un desarrollo prometedor o que son programas innovadores y que por tanto se derivan de los criterios habituales de acreditación. Los programas de entrenamiento de las instituciones que aparecen en la lista se dan en el departamento de Psicología a menos que se indique otra cosa; la inmensa mayoría de los programas de entrenamiento siguen las sugerencias de Shakow acerca de que los estudiantes clínicos sean entrenados en un ambiente que haga hincapié en un conocimiento psicológico general.

Programas completamente aprobados

Adelphi University, Institute of Advanced Psychological Studies
Alabama, University of
American University
Arizona State University
Arizona, University of
Arkansas, University of
Boston University
Bowling Green State University
Brigham Young University
Califonria, University of (Berkeley)
California, University of (Los Angeles)
Case Western Reserve University
Catholic University of America
Cincinnati, University of
City University of New York (City College)
Clark University
Michigan State University
Michigan, University of
Minnesota, University of
Mississippi, University of
Missouri, University of
Montana, University of
Nebraska, University of
Nevada, University of
New México, University of
New York University
North Carolina, University of
North Dakota, University of
North Texas State University
Northern Illinois University
Northwestern University Medical School, Department of Psychlatry and Behavioral Science
Ohio University
Oklahoma State University

Cuadro 13-1 (continuación)

Colorado, University of
Connecticut, University of
Delaware, University of
Denver, University of
Duke, University
Emory University
FLorida State University
Florida, University of
Fordham University
Fuller Theological Seminary
George Washington University
Georgia State University
Georgia, University of
Hawaii, University of
Houston, University of
Illinois, University of
Illinois, University of (Psy.D. Program)
Illinois, University of (Chicago Circle)
Indiana University
Iowa, University of
Kansas, University of
Kent State University
Kentucky, University of
Long Island University
Louisiana State University
Louisville, University of
Loyola University (Chicago)
Maine, University of
Manitoba, University of
Maryland, University of
Massachusetts, University of
McGill University
Memphis State University
Miami, University of (Florida)
Miami University (Ohio)
Oregon, University of

Programas aprobados provisionalmente

Auburn University
Baylor University, Psy. D. Program
DePaul University
Missouri, University of (St. Louis) Rutgers—
The State University, Graduate
School of Applied and Professional Psychology,
Psy. D. Program
Yeshiva University

Pennsylvania State University
Pennsylvania, University of
Pittsburgh, University of
Purdue University, Department of
Psychological Sciences Rhode
Island, University of Rochester,
University of Rutgers—The State
Universify St. Louis University
South Carolina, University of
South Dakota, University of
South Florida, University of
Southern California, University of
Southern Illinois University
State University of New York at Buffalo
State University of New York at
Stony Brook Syracuse
University Teachers
College, Columbia University
Temple University
Tennessee, University of
Texas, University of
Texas Tech University
Utah, University of
Vanderbilt University
Vermont, University of
Virginia Commonwealth University
Washington State University
Washington, University of
Washington University (St. Louis)
Waterloo, University of
Wayne State University
West Virginia University
Wisconsin, University of
Wyoming, University of
Yale University

Tomando en *The American Psychologist,* 1978, 33, 1127-1128 y 1979, 34, 246 Copyright 1978 y 1979 por la American Psychological Associaton (Reimpreso con autorización)

no ha solicitado las visitas acreditadoras o porque no se ha otorgado la aprobación después de una visita.

Las convenciones en Stanford, Miami y Chicago

A pesar de que el modelo de Boulder y su doctorado conformado por sus dos puños de científicos y profesionales permanecen siendo el diseño predominante para la mayor parte de los programas, algunos clínicos han expresado su insatisfacción con él desde 1949. Existen pruebas claras de que esta insatisfacción ha crecido durante los años más recientes, y hoy en día se ha llegado a una etapa en la cual existen dos opciones principales al modelo Boulder. Más adelante se describirán cada una de estas dos opciones; por lo pronto es necesario analizar las dos convenciones sobre la capacitación posteriores a la de Boulder con el fin de preparar el escenario de esas opciones.

1 **Stanford** La convención de Stanford fue un acontecimiento que duró cuatro días y se llevó a cabo en la Universidad de Stanford en 1955 (Strother, 1956). No planteó ninguna amenaza de importancia contra el modelo Boulder ni ofreció innovación alguna significativa en relación con la capacitación clínica pero sí anticipó algunos de los efectos que el movimiento comunitario de salud mental que empezaba a cobrar auge produciría sobre la Psicología clínica. Acentuó la importancia de la necesidad de ampliar la naturaleza de la capacitación con el fin de preparar a los clínicos para las nuevas funciones profesionales que ofrecería la salud mental de la comunidad.

2 Miami La convención sobre la capacitación de Miami se llevó a cabo en 1958 (Roe, Gustad, Moore, Ross y Skodad, 1959). Durante casi los diez años que siguieron a Boulder, la Psicología clínica había experimentado suficientes cambios, algunos esperados y otros no, como para provocar alguna reevaluación del modelo científico-profesional. A pesar de que surgieron algunas dudas acerca del doctora do, la conclusión fue conservadora: El programa de doctorado se debía mantener como el vehículo primario de capacitación, aunque se alentó a los departamentos a desarrollar programas que se adecuaran mejor a sus propios recursos y necesidades. Se le dio una gran importancia a la necesidad de la psicología para entre nar a sus estudiantes de postgrado en las técnicas de la investigación. Por consiguiente, se puede describir el sentimiento general de esta conferencia como uno que reflejaba "la tradición con flexibilidad". (Véase a Lloyd y Newbrough, 1965, para obtener más información acerca de las conferencias de Stanford, Miami y otras relacionadas).

3 **Chicago** La convención de Chicago de 1965 sobre la preparación profesional de los psicólogos clínicos rompió dos tradiciones. Se llevó a cabo en una ciudad que no tenía un clima agradable, y fue la primera conferencia que consideró con seriedad algunos de los modelos opcionales para el entrenamiento clínico. Un tema importante de esta conferencia fue que, mientras se debía continuar con el modelo científico-profesional, se debería apreciar el valor potencial de un modelo exclusivamente *profesional.*

El interés creciente en un modelo primordialmente profesional que acentúa la importancia del entrenamiento para la práctica clínica surgió a partir de dos fuentes. En primer lugar, la necesidad de personas que ofrecieran los servicios psicológicos era abrumadora en gran parte debido al movimiento hacia la salud mental comunitaria. En segundo lugar, se conocía ampliamente que solamente un pequeño porcentaje de psicólogos, probablemente alrededor del 10%, forman parte de la investigación psicológica que se publica (véase la Tabla 1-1). De hecho, la cantidad modal de las publicaciones de los psicólogos clínicos es cero (Levy, 1962). Los críticos del modelo de Boulder sostuvieron que se gastaba demasiado tiempo en el entrenamiento de determinadas actividades que los estudiantes, una vez graduados, jamás ejercerían. Al mismo tiempo, los departamentos de Psicología que se orientaban hacia la investigación aceptaban cada vez un número mayor de estudiantes de postgrado orientados hacia la práctica. La situación era a menudo muy deficiente.

En lugar del modelo científico-profesional, en los artículos anteriores a la conferencia, *"Preconference Materials"* (Zimet y Thorne, 1965) se propuso y describió un programa profesional:

> La característica sobresaliente de esta secuencia para la capacitación a nivel de doctorado sería el esfuerzo por preparar a un psicólogo clínico con una capacitación amplia que estuviera preparado para intervenir en una variedad de ambientes y situaciones, con el propósito de fomentar el cambio y prevenir los problemas psicológicos. Su entrenamiento incluiría el estudio de la ciencia de la Psicología, pero se centraría principalmente en las áreas donde los métodos clínicos obtienen apoyo. También incluiría materias de disciplinas relacionadas, como la Medicina y la Sociología. Se le introduciría a una variedad de procedimientos diagnósticos, remediables y preventivos. Su entrenamiento incluiría el análisis de la forma como se desarrollan los métodos clínicos con el fin de que en el futuro sea capaz de evaluar los métodos nuevos a cierta complejidad que se desarrollen. Debido a que no realizaría una tesis a nivel de doctorado ni aprendería idiomas extranjeros, tendría más tiempo disponible para la capacitación y la experiencia. Sería deseable preparar un especialista en procedimientos diagnósticos, remediables, o preventivos particulares que necesitará un mayor entrenamiento, ya sea en la práctica o a través de programas formales de capacitación a nivel de postgrado.
>
> Esperaríamos que un psicólogo clínico con un entrenamiento de este tipo se dedicara de tiempo completo a la práctica profesional orientada hacia la capacitación, la prevención o ambas cosas. Utulizaría los instrumentos diagnósticos, llevaría a cabo la Psicoterapia, se ocuparía de la terapia del medio, emplearía la terapia conductual, asesoraría los proyectos comunitarios de salud mental, trabajaría con grupos, organizaciones y comunidades, de acuerdo con las exigencias del momento. Se mantendría actualizando en los métodos nuevos a medida que éstos se desarrollaran, de acuerdo con lo que le permita su entrenamiento científico limitado, y los evaluaría de manera crítica antes de adoptarlos. Contribuiría al desarrollo de los métodos de práctica compartiendo su experiencia profesional con sus colegas, (pp. 21-22).

Al final de la convención, los participantes no apoyaron el modelo explícitamente profesional, y en lugar de éste prefirieron un plan científico-profesional que no sacrificaria el entrenamiento por las actividades clínicas. Se consideró ur-

gente que los programas de entrenamiento incluyeran a maestros que tuvieran experiencia clínica y que estuvieran ocupados de manera continua en las actividades clínicas y que también ampliaran sus criterios para las actividades aceptables de investigación.

Se alentó la diversidad en la capacitación pidiendo programas de tipo piloto que experimentaran las formas innovadoras para implementar el modelo profesional. Se puso un interés especial en el primer programa de doctorado en Psicología que estaba desarrollándose en la Universidad de Illinois. En Chicago también se realizó un debate acerca de los niveles de estudio adecuados (doctorado o subdoctorado) y las ubicaciones apropiadas (departamento de Psicología, centro médico, escuela profesional independiente) para el entrenamiento clínico.

La importancia de la convención de Chicago se debió a que las propuestas para los modelos profesionales de entrenamiento y para los programas por debajo del nivel de doctorado, aunque no se aceptaron de manera oficial, comenzaron a obtener credibilidad entre los personajes que encabezaban la Psicología clínica. El 90% de los participantes apoyaron la innovación para la capacitación a nivel de doctorado; el 31 % votó a favor de que se esperara un tiempo para decidir hasta qué punto era aconsejable el doctorado en Psicología mientras no se hubieran probado los programas especiales y evaluado la calidad de sus estudiantes. Al transcurrir ocho años, los participantes de la quinta y más reciente convención sobre la capacitación adoptaron una gran parte de las ideas que se consideraron con seriedad por primera vez en Chicago.

La convención de Vail

La frase, "el regreso a los recursos, pero no a lo básico" puede resumir la convención nacional sobre los niveles y tendencias en el entrenamiento profesional del psicólogo que se llevó a cabo en el verano de 1973, en Vail, Colorado (Korman, 1976). Con el patrocinio del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), la convención de Vail incluyó a 116 participantes invitados que representaban a una amplia variedad de especialidades en Psicología, orientaciones en el entrenamiento, estudiantes de postgrado y psicólogos de grupo minoritario. La convención de Vail fue la más ambiciosa de las conferencias que siguieron a la de Boulder. En un periodo corto de cinco días, se aprobaron 150 resoluciones, algunas de las cuales introdujeron cambios arrasadores en la capacitación de los psicólogos. Estas recomendaciones se organizaron alrededor de los siguientes temas importantes (Korman, 1976).

1 Modelos de capacitación profesional La convención reconoció de manera oficial los programas de entrenamiento estrictamente profesionales y los consideró un modelo aceptable en aquellos casos en que los programas definían como su misión principal la preparación de los estudiantes en los servicios clínicos básicos. Estos programas, denominados como "profesionales sin ambigüedad" deberían recibir el mismo prestigio que sus contrapartes en el modelo científico-profesional más tradicional. Los programas profesionales se podían localizar en

una variedad de ambientes, incluyendo los departamentos de Psicología, facultades de Medicina, o escuelas profesionales establecidas con propósitos especializados. Cuando el interés principal a nivel de postgrado estaba en las actividades y evaluación de los servicios profesionales, se consideraba que el grado apropiado sería el doctorado en Psicología, Psy. D. Cuando el interés principal estaba en el desarrollo de conocimientos nuevos en el campo de la Psicología, se prefería el doctorado en Filosofía, Ph.D.

2 Niveles de capacitación Los participantes de la convención consideraron que se debería dar prioridad a los programas que proporcionaran diferentes niveles de capacitación y demostraran una coordinación con los programas de postgrado de diversos niveles. Consideraron que el concepto de *escalera ocupacional* debería ser substituido por el concepto de *celosía ocupacional,* una estructura abierta que posibilitaría la movilidad profesional por medio de la capacitación continua e integrada.

Una de las recomendaciones más audaces y discutibles de Vail fue que las personas que recibieran capacitación a nivel de maestría se deberían considerar psicólogos profesionales. Esta actitud fue inversa a la opinión ostentada en varias de las conferencias previas de entrenamiento, y contraria también al reporte original de Shakow; en todas éstas se vislumbraba al psicólogo como un profesional a nivel de doctorado. Los participantes de Vail, por otro lado, consideraron que muchos de los servicios que en la actualidad ofrecían los psicólogos a nivel de doctorado podrían ser ejecutados con la misma competencia por el personal que se entrenara a nivel de maestría o hasta a un nivel inferior.[1]

Como consecuencia de lo anterior en la convención se solicitó que se desarrollaran programas profesionales sólidos a nivel de maestría y que se otorgara la afiliación completa en el APA al individuo que hubiera completado su capacitación a este nivel. Esta iniciativa tocó varias cuerdas sensibles y en poco tiempo varios estados habían desarrollado programas de capacitación en Psicología clínica a nivel de maestría. En la actualidad, existe un mayor número de psicólogos clínicos que poseen el grado de maestría que el de doctorado en estos Estados de la Unión Americana.

La propuesta en verdad fue impresionante. Puede también resultar que tenga una duración breve, debido a que la marea nuevamente se ha dirigido en contra del grado de maestría como un "grado de ingreso" reconocido para el psicólogo profesional. En 1977 el consejo de representantes del APA votó a favor de que el título de "psicólogo" se limitará solamente a aquellas personas que hubieran terminado el programa de entrenamiento a nivel de *doctorado.* Esta tendencia reciente se debe en parte al despertar renovado del punto de vista tradicional acerca

[1]Los que participaron en la convención de Vail consideraron dos tipos de programa inferiores a la maestria: los que daban importancia a la Psicología académica y los que hacían hincapié en la capacitación en habilidades aplicadas. Este segundo tipo de programa debía ofrecerse por uno de estos medios: asociado en artes (A.A.) programas para el grado de licenciatura (BA), como también programas sin grado. La convención recomendó que no se consideraran como psicólogos a los que recibían la capacitación inferior a la maestría.

de que el psicólogo clínico es una persona cuya contribución principal no reside en la psicoterapia o el diagnóstico sino en la investigación empírica, una actividad para la cual la mejor preparación se encuentra en un programa de doctorado en filosofía.

El prestigio del clínico a nivel de maestría también se puso en peligro porque algunos de los defensores de este grado en la convención de Vail mostraron cierta ambivalencia, ya que aunque le brindaran su apoyo no realizaron los trámites necesarios para recomendar que se les otorgara una licencia o certificado para el ejercicio de la profesión en el estado. Otro obstáculo mayor para la posición profesional completa y la plena ciudadanía psicológica del clínico a nivel de maestría ha sido uno de naturaleza política. Expresado de una manera sencilla, el prestigio de la Psicología como una profesión frente a su antagonista acostumbrado, la psiquiatría, se ve amenazado al incluir a la persona que posee un grado a nivel de maestría junto con el psicólogo con un grado de doctorado. A menudo se concibe que la mejor manera para conservar la autonomía profesional de la Psicología es la definición exclusiva de la Psicología como una empresa a nivel de doctorado. En Estados Unidos de Norteamérica este tema ha cobrado cada vez más importancia a medida que el gobierno se acerca a un sistema nacional de seguro de salud. Las probabilidades de que los psicólogos adquieran un reembolso por sus actividades en la práctica privada se fortalecen cuando se representa al psicólogo clínico como un profesionista que posee el grado de doctorado (más adelante se abordará de nuevo este tema).

3 Características deseadas para la capacitación profesional La sesión de Vail fue la convención de capacitación psicológica "activista". En ella se consideró una multiplicidad de temas relacionados con las obligaciones sociales de la Psicología, la acción afirmativa, el racismo y sexismo, y la necesidad de proseguir el desarrollo profesional. A pesar de que estos temas trascienden el alcance de este capítulo, la atención cuidadosa que se les prestó en Vail es otro ejemplo que indica que esta convención, más que ninguna de las anteriores, retó de una manera seria tanto la historia como el futuro de la Psicología profesional.

Después de cinco convenciones nacionales sobre la capacitación, varias convenciones de menor escala, discusiones innumerables de larga duración, debates y pláticas entre los clínicos, educadores y estudiantes, ¿cuál es el estado actual de la capacitación en Psicología clínica? Ésta pregunta no se puede responder fácilmente, aunque los autores consideran que pueden formular algunas respuestas generales que sean adecuadas. En primer lugar, el modelo científico-profesional ha demostrado que es un competidor firme y perdurable y que aún es el "campeón" en términos de la cantidad de programas de entrenamiento que lo utilizan como su filosofía básica para el entrenamiento. Hoy en día este modelo tiene una diversidad mayor de presentaciones. Muchos programas han aumentado la cantidad de tiempo que se le dedica a la capacitación profesional, sacrificando algunas materias sobre el psicodiagnóstico o psicología general. Otros permiten que el internado se cubra de varias formas tales como designaciones de medio tiempo que se extienden a lo largo de un periodo de dos o tres años. Varios programas se apegan a un

modelo teórico (por ejemplo, conductual o psicoanalítico) el cual proporciona una aproximación bastante restringida al campo. Otros programas acentúan la importancia de una determinada especialidad como por ejemplo la Psicología Clínica Infantil o Comunitaria.

En un esfuerzo por familiarizar al estudiante candidato para el entrenamiento clínico con la amplia variedad de posibilidades para su entrenamiento, el APA publica cada año un libro denominado *"Gradúate Study in Psychology" (Estudios de postgrado en psicología,* que presenta una lista de todos los programas de postgrado en Psicología junto con una descripción breve de los requisitos de ingreso y características del entrenamiento. Además, casi todos los programas clínicos tienen un folleto especial que se puede enviar por correo si se le solicita. Por lo común estos folletos analizan en una forma algo detallada la orientación del programa, los intereses de los maestros, los requisitos y medio para que el estudiante obtenga algún apoyo económico (véase el Apéndice).

Además del modelo sólido y popular de Boulder, existen otros programas de entrenamiento que se desvían de una manera marcada de la formulación científico-profesional. En la actualidad dos modelos gozan de cierto grado de popularidad: el programa de doctorado en Psicología y la escuela profesional de Psicología.[2]

Doctorado en Psicología ("Psy.D.")

El modelo de capacitación profesional tiene una historia larga (Potthrst, 1976), pero la primera versión que ha funcionado de una manera continua fue el programa de Doctorado en Psicología ("Psy.D.") que inició el Departamento de Psicología en la Universidad de Illinois (Urbana-Champaign) en 1968. El programa del doctorado en Psicología es un esfuerzo por proporcionar a los estudiantes que desean cursar la carrera clínica la capacitación que se relaciona de una manera especial con esa meta precisa. Se acentúa la importancia de la adquisición de las habilidades profesionales que son necesarias para que el clínico proporcione los servicios psicológicos de una manera competente. No se pide una tesis a nivel de maestría, ni se requiere de una tesis-de investigación a nivel de doctorado, aunque sí se exige un informe con calidad profesional para el aspirante al grado de doctorado en Psicología. El curriculum original para el doctorado en Psicología se describió de la siguiente forma:

> No se le exige al estudiante que elija entre las carreras de investigación y de servicio, ya que todos los estudiantes llevan a cabo las mismas actividades durante el primer año. Su experiencia incluirá un seminario preparatorio en la materia de Psicología general, introducción a la Psicología clínica, entrenamiento en los métodos cuantitativos y diseños de investigación, y cursos sobre la teoría de la personalidad y los desórdenes del comportamiento.

[2]Otra propuesta que consideró es la de no capcacitar demasiado en una disciplina (como es el caso de la Psicología clínica o la Psiquiatría) sino sobre todo en las habilidades necesarias para el trabajo clínico, en particular la psicoterapia. Este plan (Holt 1969; Kubie 1954) crearía en esencia una profesión nueva y requeriría un grado nuevo (por ejemplo doctor en psicoterapia) no pareció ser una alternativa muy popular por la falta de recursos y la creencia de que el concepto de una profesión en psicoterapia era demasiado estrecho.

El segundo año ocupará una secuencia completa que abarque un año sobre la evaluación del comportamiento, o psicodiagnóstico, como le llamábamos antiguamente, así como otros cursos acerca del desarrollo social y un sondeo didáctico sobre las diferentes aproximaciones a la modificación clínica del comportamiento. Sin embargo, a estas alturas el estudiante tendrá que elegir entre terminar una tesis a nivel de maestría, que es un requisito del programa de investigación del doctorado en Filosofía, o de inscribirse en otras materias que lo preparen para una carrera profesional. Los cursos para los aspirantes al doctorado en Psicología incluyen la Medicina básica para los psicólogos clínicos, Psicología comunitaria, Orientación educativa y la Educación de niños excepcionales.

Durante el tercer año la separación entre los dos programas abre una brecha aún mayor, a pesar de que persisten algunos elementos comunes. Todos los estudiantes deben completar la práctica en Psicología clínica, tomar dos materias de laboratorio en Psicología clínica, por lo general sobre la Psicoterapia individual y procedimientos para la desensibilización. Durante este año, los estudiantes del doctorado en Filosofía deben cursar cuatro unidades en un campo menor, mientras que los estudiantes del doctorado en Psicología pueden entrar en otros laboratorios clínicos. Es en este momento cuando se llevará a cabo determinado entrenamiento clínico de gran importancia, y las limitaciones de tiempo y tamaño de la clase restringirán los laboratorios casi de una manera exclusiva a los estudiantes con una orientación profesional. De acuerdo con la forma como estamos planeando los laboratorios en el presente, se ofrecerán en ellos un entrenamiento continuo en los procedimientos de tratamiento individual (los estudiantes del doctorado en Filosofía solamente podrán ocupar un semestre en estas materias), los métodos operantes con poblaciones clínicas, la terapia de grupo, la acción comunitaria, la evaluación de la disfunción cerebral, las pruebas clínicas de la personalidad del tipo tradicional (a los estudiantes del doctorado en Filosofía se les expone de una manera bastante somera a estas materias de evaluación clínica), y dos cursos de educación especial sobre el aprendizaje y la corrección de las incapacidades del aprendizaje.

Los estudiantes del cuarto año del doctorado en Filosofía realizarán su tesis de investigación, mientras que los estudiantes del doctorado en Psicología realizarán un internado que consiste en diferentes dosis de experiencia en una clínica comunitaria local, centros edificados para los niños y adultos, y por lo menos un ambiente tradicional de hospital.

Los estudiantes de postgrado del programa de doctorado en Filosofía que decidan después de su entrenamiento recibir un mayor aprendizaje en el área clínica pueden cursar un internado a nivel de postdoctorado y situarse exactamente en la posición de los que producen el modelo de tipo Boulder. Una mayor ventaja es que pueden ocupar dos años más para cursar los laboratorios clínicos que omitieron y de esta manera completar un internado que cumpla con los requisitos del grado de doctor en Psicología. Los doctores en Psicología que desean obtener un doctorado en Filosofía pueden también completar los requisitos de investigación y de idiomas en dos años más. (Peterson, 1968b, p. 513).

Como se puede observar, las materias de los estudiantes del doctorado en Psicología y Filosofía eran casi idénticas durante los primeros dos años de los estudios de postgrado. La cualidad distinta de naturaleza profesional del curriculum del doctorado en Psicología surgía hacia el final del segundo año y en particular durante el tercer y cuarto año.

A medida que ha evolucionado el programa, han ocurrido una serie de transformaciones. Por ejemplo, todos los requisitos de las materias formales se concentran en el primer año. Se requieren prácticas de cinco años, pero la selección de éstas se puede negociar entre el estudiante y el consejero universitario. Aún se exige el informe profesional, y las personas encargadas de los programas se han esforzado por diferenciar este reporte de la tesis del doctorado en Filosofía. Peterson y Barón observan (1975): "Los proyectos difieren de manera positiva de la tesis tradicional del doctorado en Filosofía en cuanto se relacionan de manera importante y clara con los servicios profesionales hasta cierto punto y difieren de forma negativa en cuanto, hasta la fecha, ninguno de ellos ha ofrecido el diseño riguroso y la base extensa de datos sistemáticos que la mayor parte de los académicos requieren respecto a una 'investigación' en nuestra disciplina" (p. 92).

El programa del doctorado en Psicología de Illinois fue aprobado oficialmente por el APA en 1973. En el presente es el único programa de doctorado en Psicología que tiene una aprobación plena, aunque el programa de la Escuela de Rutgers de Psicología Aplicada y Profesional recibió una aprobación provisional. Desde luego, no todos los psicólogos clínicos han acogido con entusiasmo la idea del doctorado en Psicología. Goldenberg (1973) resume algunas de las objeciones que se han dado al programa:

> (1) es probable que los maestros, los estudiantes y el público otorguen una posición inferior al programa del doctorado en Psicología; (2) el hecho de que el apoyo para el otro doctorado provenga de un sector diferente de la Psicología académica hace que se considere como una estrategia para hacer a un lado el problema molesto del entrenamiento profesional en la Psicología Clínica; (3) la profesión de la Psicología Clínica se encuentra en un estado de transición, ya que surgen nuevas funciones y prácticas que hacen que este periodo sea inadecuado para la creación de una profesión nueva con actividades que en el presente apenas se puedan vislumbrar y cuyas habilidades clínicas actuales pueden convertirse en obsoletas en poco tiempo; (4) los dos programas paralelos, y sus dos grados diferentes, tenderán a separar la práctica clínica aún más del resto de la Psicología, y de esta manera aislarán a la Psicología clínica de sus raíces científicas; (5) es probable que los practicantes expertos, que son necesarios en un programa de grado profesional, encuentren obstáculos para ser designados y posteriormente promovidos en la universidad, como sucede actualmente en el caso de los profesores clínicos competentes que no publican descubrimientos basados en la investigación; y (6) es probable que los estudiantes de postgrado de estos programas en el futuro reciban un estigma a raíz de su grado y entrenamiento distintos, (p. 85).

Mientras que en el pasado, los argumentos a favor y en contra del doctorado en Psicología se basaban ampliamente en la fuerza de la persuasión, en la actualidad existen algunos datos preliminares que se pueden emplear para evaluar el programa. Estos datos iniciales que abarcan del periodo de 1968 a 1974 y evalúan a las primeras cuatro generaciones de estudiantes de postgrado del programa de Illinois no han dado peso a los temores pesimistas y las predicciones del fracaso (Peterson y Barón, 1975). Una comparación de los estudiantes del doctorado en Psicología y del doctorado en Filosofía manifiesta una ejecución casi idéntica por parte de ambos grupos en materias semejantes, exámenes de calificación y otras

actividades académicas requeridas. Las tasas de deserción son equivalentes. Los estudiantes del doctorado en Psicología han obtenido posiciones laborales de un alto prestigio con poca dificultad y sin desventaja alguna que surja a partir del hecho de que su grado era diferente del tradicional. Además, del programa ha tolerado varios cambios administrativos, incluyendo el abandono por parte de algunos individuos que fueron principalmente responsables de su introducción.

La escuela profesional

La escuela profesional es una desviación más reciente y aún más atrevida del modelo del doctorado en Filosofía de capacitación cientifico-profesional. De una manera diferente al concepto del doctorado en Psicología que se desarrolló en Illinois, la escuela profesional de Psicología abandona el departamento tradicional de Psicología como su base de organización y forma sus propias dimensiones para la capacitación profesional. Se considera que este tipo de innovación en la ubicación libera a la Psicología clínica de las restricciones académicas de la universidad, permite que se recompensen tanto los logros profesionales como, o en lugar de, los académicos y proporciona a los estudiantes maestros que modeían las funciones de clínicos activos y participativos.

Las escuelas profesionales de Psicología a menudo se asocian con una universidad (por ejemplo, la de Rutgers o Adelphi), pero también se han establecido unidades completamente independientes. Debido a que no se encuentran afiliadas a una universidad existente, en algunas ocasiones se describe a estas escuelas como escuelas profesionales "de existencia libre". El ejemplo más viejo de una escuela de existencia libre fue La escuela de Psicología profesional en California que se fundó con el auspicio de la Asociación de Psicólogos de California en 1969. La escuela se encuentra en cuatro ciudades (Los Ángeles, San Francisco, San Diego y Fresno) con un número aproximado de 800 estudiantes en los programas de licenciatura, maestría y doctorado. Se han entregado más de 250 doctorados en Filosofía desde 1975 (Dorken y Cummings, 1977). En 1977 las localidades de los Ángeles y San Diego solicitaron la aprobación oficial del APA como programas de entrenamiento en Psicología clínica a nivel de doctorado.

La mayoría de las escuelas profesionales ofrecen el doctorado en Filosofía, aunque el programa de Rutgers proporciona el doctorado en Psicología. A pesar dé la importancia de los servicios profesionales, la escuela de California sí posee un componente de investigación y, en contraste con los doctorados en Psicología, exige una tesis. En la escuela se ofrecen varias áreas de especialización incluyendo la Psicoterapia y evaluación, la Psicología educativa, Psicología Comunitaria, Psicología aplicada del desarrollo y Psicología infantil y familiar.

Una ventaja de las escuelas profesionales y una de las razones de su popularidad es la flexibilidad del curriculum que proporcionan. Dórken y Cummings (1977) presentan una lista de 16 "innovaciones educativas" de la Escuela de Psicología Profesional en California, que ellos consideran que han permitido que el programa sea un experimento único entre los programas de entrenamiento a nivel de postgrado (véase el Cuadro 13-2).

Cuadro 13-2 Innovaciones educativas en una escuela profesional de Psicología

Dórken y Cummings (1977, pp. 136-137) hicieron la siguiente lista característica de la Escuela de Psicología'profesional de California. No todos estos aspectos específicos son los representativos de las escuelas profesionales pero dan alguna idea de las diferencias entre el entrenamiento que se da en los departamentos de Psicología y el que se da en las escuelas profesionales.

1 Se hace hincapié en la capacitación de los psicólogos profesionales.
2 Todos los maestros están profesionalmente activos parte del tiempo o de algún otro modo.
3 Los estudiantes asisten por tiempo completo cada año académico (11 meses, tres trimestres).
4 Los maestros y los alumnos participan en todos los niveles de gobierno de la EPPC.
5 No hay plazas académicas permanentes, todos los maestros son empleados sobre la base de un contrato y su renovación depende de los requisitos futuros del curriculum y su ejecución en la institución. Los contratos pueden ser de uno a cinco años, los más breves se otorgan a los mestros más nuevos y los periodos más largos se dan como premio a los maestros que hayan comprobado su mérito continuo.
6 Cada campus es pequeño y se limita a una inscripcción máxima de 250 estudiantes de post grado.
7 La capacitación consiste en un contrato educativo en el cual la enseñanza, la experiencia de campo y la investigación se presentan de una manera simultánea. Se deben completar todas las fases en cualquier año para poder avanzar al siguiente.
8 Todas las siete series del curriculum tienen una importancia equivalente: experiencia de campo, práctica e internado; cursos teóricos y conceptuales; el contexto sociocultural del desarrollo humano; investigación y metodología científica; habilidades profesionales; humanidades y artes; y el desarrrollo personal y las experiencias psicoterapéuticas. Estas series abarcan todas las áreas de las especialidades con la intención de que el alumno de postgrado no sólo sea competente desde el punto de vista profesional sino que también sea una persona educada. Además, él puede planear un estudio individualizado.
9 En el nivel de postgrado, hay una fuerte base en lo que se refiere a las culturas sociales (la anglosajona, la judía, la chicana, la negra y culturas orientales, y los estudios americanos nativos actualmente se están desarrollando).
10 A través de toda la capacitación de postgrado hay una experiencia de desarrollo personal (terapia) que se requiere de manera continua.
11 La experiencia de campos supervisada se supone junto con la instrucción formal por un mínimo de 16 horas semanales durante un año, y, por lo tanto, se acentúa la importancia de la educación profesional basada en la experiencia.
12 La capacitación se orienta hacia un modelo profesional-científico, y a pesar de que se consideran válidas todas las técnicas legítimas de investigación, la tesis de doctorado se debe terminar a tiempo; si no hay tesis no hay graduación y no hay acumulación de metas académicas (todos menos la tesis). Debido a que la investigación se dirige hacia un problema profesional apremiante, se desea que constituya el inicio de un interés profesional.
13 Los puntajes de pruebas estandarizadas no forman parte del proceso de solicitud. La selección se basa en la demostración de la capacidad intelectual, la historia biográfica del candidato, su motivación para obtener el entrenamiento profesional y sus calificaciones personales.
14 No se admite estudiante alguno sin una entrevista personal previa . En el caso de los candidatos de fuera del estado, se envía un equipo para la realización de la entrevista a las ciudades principales de todo el país. (La EPPC utiliza las fechas límites para la admisión nacional de los estudiantes de postgrado).
15 Los cursos se califican solamente en una base de acreditado no acreditado. Junto con el registro cualitativo del instructor, el progreso académico de los estudiantes se evalúa de manera constante.
16 La escuela permanente sensible a la evolución dentro de la profesión, la cual en un sentido amplio "es dueña" de la escuela. La violación de las normas profesionales de la psicología es motivo de la suspensión o expulsión del estudiante.

No es el propósito de los autores analizar los méritos relativos del doctorado en Psicología y de las escuelas profesionales (para poder comparar, consúltese a Stricker, 1975). Sin embargo, sí sobresale un elemento de contraste: El concepto de la escuela profesional ha demostrado que es un concepto más popular que el otro programa. En un momento en el que los programas de doctorado en Psicología se inician y luego se descontinúan en varias universidades, las escuelas profesionales siguen multiplicándose. En 1976 existían 28 escuelas profesionales que ya funcionaban o que en poco tiempo comenzarían a operar, o que estaban bajo una consideración activa (Dorken y Cummings, 1977), y se ha formado una Asociación nacional de escuelas profesionales de Psicología (NAPSP) encabezada por nueve escuelas.

Aún falta determinar si este brote inicial de entusiasmo por las escuelas profesionales se sostendrá o se desvanecerá en el trasfondo. Por el momento, la dificultad más obvia es la obtención del reconocimiento oficial; si no se les otorga es poco probable que las escuelas profesionales subsistan con una reputación loable. Otro problema importante es el que casi comparten todos los programas de entrenamiento: el apoyo económico. Las escuelas profesionales deben demostrar que son capaces de generar los fondos necesarios en una base continua y no únicamente durante un periodo piloto de uno a cinco años. Sin tener en cuenta los criterios filosóficos, intelectuales y científicos, la certidumbre relativa del apoyo financiero que gozan la mayor parte de las universidades es una de las razones más contundentes por las cuales la mayoría de los psicólogos clínicos no están dispuestos a "liberarse" de sus programas de entrenamiento en los santuarios académicos tradicionales.

REGLAMENTACIÓN PROFESIONAL

Durante la primera década de la época profesional de la Psicología el interés predominante era el entrenamiento a nivel de postgrado, y los asuntos más importantes fueron el desarrollo del curriculum y la aprobación de los programas. De hecho, Shakow (1965) se refirió a la "preocupación incesante" de la Psicología por el entrenamiento durante las décadas de 1940 y 1950. Fuese o no incesante, los psicólogos clínicos descubrieron una preocupación nueva durante la década de 1960: la reglamentación de la práctica psicológica.

Una de las responsabilidades fundamentales de una profesión de servicio como la Psicología clínica es el establecimiento de las normas de competencia que deben cumplir los que pertenecen a la profesión antes de que se les entregue la autorización para ejercer la práctica profesional. El propósito final de esta reglamentación es proteger al público de la práctica psicológica incompetente o que adolezca de autorización por medio de charlatanes, personas sin entrenamiento, o psicólogos que no son capaces de funcionar a un nivel mínimo de competencia. A pesar de que algunas personas dudan del valor de la iniciativa para efectuar la reglamentación (por ejemplo, Gross, 1978), la Psicología, como la Medicina y el Derecho, ha desarrollado su propio sistema para el establecimiento de las normas profesionales.

Certificados y Licencia

La clase más importante de reglamentación se presenta en la forma de leyes del estado que establecen los requisitos de la práctica de la Psicología y limitan el uso del término "psicólogo" a aquellas personas que poseen determinada idoneidad. Esta reglamentación legislativa tiene dos estatutos: el proceso para otorgar el certificado y para otorgar la licencia. En ambos casos las leyes se introducen y aceptan a nivel estatal debido a que la Constitución delega la soberanía en este tipo de reglamentación a los Estados. La verdadera base legal para este tipo de leyes reside en el derecho de cada Estado para aprobar las iniciativas de leyes que protejan a sus ciudadanos. Caveat emptor (el lema que implica que "el consumidor se cuide a sí mismo") no se considera una protección suficiente cuando los consumidores no tienen la información necesaria acerca de los servicios *de* los cuales se deben cuidar.

Una ley acerca del *proceso para otorgar el certificado* restringe el uso del título de "psicólogo" o "psicólogo con certificado" a aquellas personas que han cumplido con los requisitos que especifica la ley. El proceso para otorgar el certificado *solamente* protege el título de psicólogo; no regula la práctica de la psicología en sí. En varios Estados de la Unión una persona puede ser un psicólogo certificado sin un grado de doctorado.

Por otro lado, el *proceso para otorgar la licencia,* es un tipo de estatuto que posee un mayor número de restricciones. Las leyes para otorgar la licencia definen la práctica de la Psicología especificando los servicios que se le autorizan ejercer al psicólogo para el público. Los requisitos del proceso para otorgar la licencia son más extensos e incluyen más aspectos que los del certificado; por lo general se requiere de un año o más de experiencia antes de que ni siquiera se les permita a una persona que tome un examen para obtener la licencia. Para poder recordar la diferencia entre la obtención del certificado y la licencia, el lector puede emplear la siguiente regla: Una ley acerca del otorgamiento del certificado evitaría que una persona que no es psicólogo lleve a cabo las actividades de un psicólogo certificado; solamente evitaría que a esa persona se le llame psicólogo. Por otro lado, una ley sobre el otorgamiento de la licencia evitaría que una persona que no es psicólogo se llame a sí mismo "psicólogo" *y* también prohibiría que esa persona ofrezca cualquiera de los servicios que el ciudadano promedio considere que son las funciones profesionales de un psicólogo.

Existen varios estatutos que combinan las disposiciones para la obtención del certificado y de la licencia. El primer párrafo del Estatuto 319 de Kentucky señala lo siguiente:

> Ninguna persona que no haya obtenido la licencia o certificado como lo dispone el KRS 319.0005 al 319.131 podrá ocuparse en cualquier práctica que la comisión de examinadores juzgue que constituya la práctica de la Psicología como se define en KRS 319.010, y está actuando en contra del interés público. Ninguna persona podrá utilizar el título de "psicólogo" en este estado sin que el estado le haya otorgado la licencia por medio de la comisión de examinadores y sus respectivas firmas. Ninguna persona que no haya obtenido la licencia como lo dispone el KRS 319.005 al 319.131 se presentará a sí mismo al público con cualquier título o descripción de los servicios que conlleven

a que se presente como un psicólogo al incorporar los términos de "psicológico", "psicólogo" o "psicología"; a excepción de que el empleo del título o descripción sea autorizado por la comisión.
Se autoriza la utilización del título "psicólogo" y la descripción de los servicios que se citaron anteriormente para aquellas personas que solicitan y obtienen los certificados dentro de un término de dos años posteriores a la fecha del 18 de junio de 1964 siempre y cuando hayan mantenido dichos certificados.

Una comisión estatal de Psicología que está encargada de la reglamentación de la práctica de la Psicología en cada estado por medio del cuerpo legislativo es la que aplica las leyes para obtener la licencia. Cada comisión estatal de Psicología tiene dos funciones principales: (1) determinar las normas para la admisión de los aspirantes a la profesión y aplicar los procedimientos relacionados para la selección y exanimación de los candidatos y (2) regular la práctica profesional y conducir los juicios disciplinarios que impliquen a las personas que violen las normas profesionales dispuestas en la ley.

Por lo tanto, un grado de doctor en Psicología clínica no le permite al dueño que "cuelgue su letrero" de manera oficial y comience su práctica psicológica. A pesar de que los pasos que implica el convertirse en psicólogo con licencia tienen algunas diferencias en cada Estado, existe una uniformidad suficiente en la mayoría de los Estados como para poder ofrecer un bosquejo aproximado de la manera como puede abordar esta tarea la persona que aspira al título de psicólogo clínico. En el Cuadro 13-3 se presenta un esquema de los pasos principales que implica este procedimiento.

Connecticut fue el primer Estado que promulgó una ley para otorgar la licencia en Psicología; dentro de los siguientes cinco años, Virginia, Kentucky y Ohio le sucedieron (Carlson, 1978). Hoy en día, todos los 50 Estados de la Unión Norteamericana, el Distrito de Columbia y varias provincias canadienses tienen leyes para la entrega de certificados y licencia.

A medida que un mayor número de Estados desarrollaron los estatutos para el certificado y la licencia, comenzaron a surgir varios problemas de naturaleza interestatal. Se hizo obvia la necesidad de una organización para coordinar las actividades de las comisiones estatales de Psicología y poner de relieve cierto grado de uniformidad en las normas y procedimientos. Con el fin de responder a estas necesidades, se formó la "American Association of State Psychology Boards" (AASPB; Asociación Americana de Comisiones Estatales de Psicología) en 1961 en la sexagésima novena convención del APA que.se llevó a cabo en la ciudad de Nueva York.

Además de sus esfuerzos por coordinar las funciones anteriores, el AASPB ha desarrollado un examen estandarizado y objetivo para que las comisiones estatales lo utilicen al examinar a los candidatos a la licencia. Este examen fue producido por primera vez en 1964 y desde entonces se ha sometido a una serie de revisiones periódicas; su nombre oficial es "Examination for Professional Practice in Psychology" pero en algunas ocasiones se le llama el examen "multiestatal" o "nacional", debido a que todas las jurisdicciones lo pueden usar como parte de su procedimiento de evaluación general (véase el Cuadro 13-3). El AASPB también

Cuadro 13.3 "¿Asi que quieres ser un psicólogo con licencia?"

Imagínate que acabasxte recibir tu doctorado en Filosofía o doctorado en Psicología en un programa de entrenamiento clínico y estás interesado en convertirte en un psicólogo clínico con licencia o certificado para ejercer. ¿Cuáles son los pasos que tendrías que dar? Harse Hess (1977) observa que la persona se tendrá que enfrentar a la siguiente secuencia de vicisitudes para obtener la licencia o certificado en la mayoría de los Estados.

En primera instancia debes solicitar al comité estatal de psicología que revise y acepte tus créditos para determinar si eres apto para ser examinado. Su decisión se basa en varios criterios:

1 **Requisitos administrativos:** Estos no se relacionan tanto con aspectos de logro sino más bien con elementos de una posición oficial. Por ejemplo, debes haber cumplido una determinada edad, ser un ciudadano norteamericano y tener residencia en el estado por algún periodo mínimo. No hay mucho que se pueda hacer acerca de estos requisitos; o los cumples o no. Un buen consejo: No cometas ninguna fechoría, ni te comprometas en alguna traición o hables de manera grosera de tu gobernador. Se juzga que esas actividades indican un carácter moral pobre y, además de que dejan marcada tu reputación, pueden proporcionarte una larga temporada para que recrees tu fantasía acerca de la licencia o el certificado mientras estés en prisión.

2 **Educación:** Casi todos los estados exigen un grado de doctorado en psicología de una universidad acreditada de manera apropiada (en este caso al ser acreditado no se refiere a la aproba ción de la APA sino a que la universidad completa esté aprobada por una agencia reconocida). Se requieren copias de los documentos oficiales de postgrado y bachillerato.

3 **Experiencia:** Por lo general ésta deberá consistir en uno o dos años de experiencia profesional supervisada en un ambiente aprobado por el comité. Es posible que parte de esta experiencia tenga que ser a nivel de postdoctorado; a tus supervisores se les pedirán cartas de recomendación.

Si después de realizar el escrutinio de tesis y créditos, el comité considera que eres apto para el examen te lo informarán e invitarán a un examen. Esto es lo que pueden esperar:

1 **Costo del examen:** El examen tiene una tarifa que varía por lo general entre 50 y 100 dólares.

2 **El examen:** La mayor parte de los estados utilizan el examen nacional. Contiene entre 150 y 200 reactivos objetivos aproximadamente que abarcan la Psicología general (por ejemplo el aprendizaje social, del desarrollo, motivación y fisiología) la metodología, las aplicaciones de la psicología y la conducta y ética profesional. Debido a que muchos candidatos desean practicar una determinada "especialidad", como la Psicología clínica, escolar o industrial, la mayor parte de los comités elabora exámenes de ensayo en estas áreas. También puedes esperar un examen oral en el cual se considera justo que el comité pregunte sobre cualquier información relacionada con la psicología.

3 **Repetición del examen:** Si llegaras a reprobar cualquier parte del examen, es probable que se te dé otra oportunidad en esa parte. Sin embargo, la mayor parte de los comités consideran que dos es un número suficiente de oportunidades; así que si repruebas por segunda vez puede ser sabio de tu parte que reconsideres las ventajas de ocuparte en el negocio familiar. En la mayoría de los estados, se te exigirá que mantengas actualizada tu licencia o certificado sólo con pagar una tarifa periódica para su renovación. Sin embargo, algunos estados han comenzado a pedir la Continuing professional education (EPC) *(Educación Profesional Continua)* como una condición para conservar la licencia o certificado. Por lo general la Educación profesional continua se proporciona en varios institutos, seminarios o talleres especiales a nivel de postdoctorado que considere algún experto de algún área en particular. El propósito de esta actividad profesional es que el psicólogo prácticamente se mantenga al día del desarrollo y progreso actual en las áreas profesionales importantes. En los estados que requieren la EPC, los psicólogos deben documentar su participación en una determinada cantidad de unidades de instrucción de EPC. A pesar de que la psicología todavía no ha desarrollado su plan de EPC a nivel de las profesiones tales como el derecho o la medicina, casi todos los psicólogos concuerdan en afirmar que en el futuro deberá presenciar un fortalecimiento definitivo de los requisitos del EPC para su disciplina.

contribuyó en el desarrollo de un sistema de *"reciprocidad"* lo cual significa que en algunos casos una persona que haya obtenido el certificado o licencia en un Estado se puede transferir y practicar en alguna otra jurisdicción.

En 1975 se publicó la primera edición del *Registro nacional de profesionistas que proporcionan servicios de salud en Psicología* (Asher, 1975). La intención del *Registro* fue presentar una lista de psicólogos que poseían el entrenamiento y experiencia necesarios como para que se les pudiera considerar "profesionistas que proporcionan servicios de salud", que se definen como "un psicólogo certificado/ con licencia a nivel de la práctica privada independiente en su Estado y que tiene el entrenamiento y la experiencia debidos para ofrecer servicios directos, preventivos, de evaluación y de intervención terapéutica a aquellas personas cuyo desarrollo, adaptación o funcionamiento de hecho están impedidos o tienen un alto riesgo de ser impedidos (Asher, 1975, p. 1). El uso principal del *Registro* será auxiliar a las compañías aseguradoras y a las agencias gubernamentales en la identificación de aquellos psicólogos que deben considerarse aptos para recibir un reembolso por el ejercicio de los servicios de salud mental. Entre la cantidad aproximada de 24 000 psicólogos con licencia o certificado de Estados Unidos en 1975, cerca de 7 000 se encontraban en la lista de la primera edición del *Registro.* La compañía "Blue Cross/Blue Shield" fue la primera aseguradora principal que utilizó el *Registro* para determinar qué aptitud debería tener un psicólogo para recibir el reembolso en los casos indicados.

El certificado del ABPP

Existe otro tipo de reglamentación profesional en la forma de un certificado que otorga el "American Board of Professional Psychology" (ABPP), el cual hasta fines de la década de 1960 se conocía como el "American Board of Examiners in Professional Psychology" (ABEPP); de la primera denominación proviene la abreviación fonética (pronunciada a bep). El ABPP se fundó en 1974 como una organización nacional que tendría la función de certificar la competencia profesional de los psicólogos. Realiza la entrega de certificados por medio de diplomas en una de las siguientes áreas: Psicología Clínica, Psicología de consulta, Psicología Educativa y Psicología industrial. En la actualidad existen más de 2 000 personas que han recibido alguno de estos diplomas, la mayoría de éstos en el área de la Psicología clínica.

Por lo común se considera que un diploma del ABPP tiene más prestigio que la licencia estatal, a pesar de que no posee una autoridad legal mayor. Mientras que se infiere que la licencia o el certificado significan un nivel mínimo de competencia, a menudo se interpreta que el diploma es un reconocimiento de los profesionistas que verdaderamente son expertos e indica que la persona posee un dominio completo y excelentes conocimientos de la disciplina. Por lo general se considera que la persona que posee el diploma es un virtuoso, el "primer tenor" o el "az" del conjunto de profesionistas. A pesar de esta reputación, Schofield (1964) informó que, en un sondeo de los profesionistas que tenían diploma en 1959, solamente el 27% de las personas que respondieron reportaron haber obtenido un beneficio material directo como resultado de su prestigio.

Los requisitos del diploma ABPP son más rigurosos que los de la licencia o certificado. Como prerrequisito para tomar el examen del ABPP se exigen cinco años de experiencia a nivel de postdoctorado; un grupo de profesionistas que ya obtuvieron el diploma conduce el examen y observa el manejo que tiene el candidato de los fenómenos clínicos (por ejemplo, realizar una prueba escrita o interactuar con un cliente de psicoterapia). La evaluación se concentra en los conocimientos y grado de aptitud del aspirante en los campos de la evaluación, terapia, investigación, teoría y ética de la práctica psicológica.

Otras formas de reglamentación legal

A partir del reconocimiento legal mayor de la Psicología ha surgido un producto colateral interesante: un mayor escrutinio legal. Por ejemplo, históricamente las cortes no tenían mucha inclinación por juzgar lo que constituía un tratamiento psicológico aceptable. Pero en años más recientes, esta reticencia ha cedido lugar a una mayor disposición para evaluar el grado de legalidad de los tratamientos psicológicos y psiquiátricos. Es evidente que las cortes ya no están dispuestas a permitirse considerar determinados métodos como una violación a los derechos de los clientes, a pesar de los peligros inherentes en la evaluación de los métodos de tratamiento por parte de personas que no son expertas en el campo.

Una revisión completa de la posición legal de los tratamientos psicológicos excedería los propósitos de este capítulo, pero se subrayarán tres de los principios legales que se citan con una mayor frecuencia para retar algunas de las formas de la intervención. Los primeros dos principios (el derecho al tratamiento y el consentimiento informado) por lo general se relacionan con las personas que están institucionalizadas tales como los pacientes mentales o prisioneros de una cárcel. El tercer principio (la comunicación privilegiada) es un punto que más a menudo se relaciona con los clientes de consulta externa.

El derecho al tratamiento Birnbaum (1960) fue el que por primera vez sugirió el concepto del derecho al tratamiento para aquellas personas que se internaban en los hospitales psiquiátricos, pero obtuvo apoyo legal en la decisión de *Rouse V. Cameron* (1966). Los casos subsecuentes han fortalecido esta doctrina al utilizar argumentos acerca del trato justo (*Wyatt* v. *Stickney*, 1972; *Wyatt* v. *Aderholt*, 1974). De manera más reciente la Suprema Corte concluyó que un Estado no puede confinar a individuos que no son peligrosos y que pueden sobrevivir por sí solos o con la ayuda de otros que están fuera de la institución sin proporcionarles un tratamiento (*Donaldson v. O'Connor*, 1975). Desde *Rouse*, una corte federal ha extendido el derecho al tratamiento para los enfermos mentales al derecho de rehabilitación para los delincuentes de las prisiones (*Holt* v. *Sarver*, 1970). En términos más específicos, la corte de *Holt* sostuvo que es posible que la ausencia de programas afirmativos de rehabilitación en aquellos sitios que también van en contra de la reforma y rehabilitación de los ofensores violen los requisitos de la constitución.

Los aspectos importantes de la decisión de *Wyatt* incluyeron una prohibición del trabajo no voluntario por parte de los pacientes a menos que fuesen compen-

sados por el salario mínimo y una exigencia de que los recursos físicos y psicológicos a los que tenían derecho los pacientes por la constitución se especificaran. La esencia del dictamen de Wyatt se encuentra en la frase, "las mínimas condiciones restrictivas que sean necesarias para lograr los propósitos del tratamiento".

Desde luego, el caso *Wyatt* tiene implicaciones de gran alcance para la utilización de los reforzadores aceptados de manera legal y que se pueden aplicar en los hospitales y (por implicación) en las prisiones con economías de fichas (véase *Clonce* v. *Richarson*, 1974). Aunque se basan en el principio de la recompensa, los programas de reforzamiento requieren de un estado inicial de privación para asegurar su poder motivacional. Sin embargo, *Wyatt* requeriría de la disponibilidad no contingente de los siguientes derechos protegidos por la Constitución:

1 pago del salario mínimo por el trabajo terapéutico o no terapéutico dentro de la institución;
2 derecho a la privacía incluyendo una cama, closet, silla y bureau de cama;
3 alimentos que cumplan con los requisitos nutricionales mínimos;
4 derecho a las visitas, servicios religiosos y ropa personal limpia;
5 privilegios recreativos (por ejemplo, televisión en la sala de descanso); y
6 un pabellón abierto y privilegios de salir cuando así lo consideren los criterios clínicos.

Es comprensible que los psicólogos vean con cierta preocupación el caso *Wyatt*. El comentario de Berwick y Morris (1974, p. 436) es un modelo: "La disciplina del Derecho comienza a intervenir y exigir que los pacientes mentales reciban un tratamiento justo; sin embargo, es posible que de manera inadvertida impidan los intentos por establecer tratamientos adecuados. "Sin lugar a duda, el caso *Wyatt* pone en peligro las economías de fichas tradicionales. Al mismo tiempo, la decisión no es incompatible con todos los posibles programas de modificación de la conducta.

Wexler (1973) recomendó la utilización contingente de los "reforzadores idiosincráticos", algunos artículos que no son básicos y que algunos pacientes prefieren en particular (por ejemplo, comer huevos duros en lugar de tibios; ver a *Kojak* en lugar de *Columba* en la televisión). Es probable que las economías de fichas que utilizaran los reforzadores idiosincráticos fueran permitidas legalmente debido a que, por definición, los reforzadores idiosincráticos no equivalen a los derechos generales. Otra opción (Wexler, 1974a) sería continuar con el empleo de los artículos básicos mencionados en *Wyatt* como reforzadores que se pueden obtener en el futuro pero que requieren del consentimiento informado de todos los participantes en el programa (véase más adelante). Un problema de esta segunda solución es que el consentimiento con información previa para las "terapias drásticas" se puede revocar en cualquier momento. Este requisito permitiría que los internos convirtieran los privilegios contigentes en derechos personales no contigentes en el momento que así lo desearan, y por lo tanto el programa perdería su impacto motivacional.

El consentimiento que se da previa información (informado). La defensa a favor de que las personas atendidas en una institución tienen derecho a recibir

tratamiento se complica con la sugerencia acerca de que también pueden tener el derecho a rechazarlo (Damich, 1974). En términos operacionales, el control de un individuo sobre su tratamiento a menudo se presenta en la forma de dar o rechazar el consentimiento previa información por parte del mismo. Un consentimiento completo comprende varios elementos incluyendo especificaciones completas de la naturaleza del tratamiento, una descripción de sus propósitos, riesgos y resultados probables, el consejo de que puede terminar el consentimiento en cualquier momento sin que se le guarde prejuicio alguno, y la demostración de la capacidad para consentir o aceptar el tratamiento. Por lo general, se requiere un consentimiento con previo conocimiento por escrito para los tratamientos de una naturaleza experimental que impliquen una intromisión o un rechazo (por ejemplo, la psicocirugía; *Kaimowitz y Doe* v. *"Departament of Mental Health"*, 1973, o el condicionamiento basado en la apomorfina: *Knecht* v. *Gillman,* 1973).

Por lo menos una corte *(Kaimowitz)* ha concluido que el proceso de atención en esas instituciones afecta la capacidad para la toma de decisiones del paciente internado al grado en que el verdadero consentimiento con conocimiento y voluntario no se puede obtener de un individuo que fue encerrado de manera involuntaria. La corte sostuvo que ni el conocimiento del proceso, ni el consentimiento voluntario se podrían asegurar en el caso de las personas tratadas en la institución y que, en principio, la participación en los programas sin el conocimiento necesario en la materia y la voluntad del sujeto era coercitivo y por lo tanto ilegal.

En el momento aún no existe una doctrina legal que permita a un paciente rechazar toda lá rehabilitación o rehusar todos los tratamientos a excepción del preferido (Wexler, 1974a), pero existe un precedente claro acerca de que los pacientes pueden desaprobar los métodos que (1) violan su vida privada (Spece, 1972), (2) son innecesariamente drásticos (Damich, 1974), o (3) no son más que un castigo cruel y extraño *(Knecht* v. *Gillman).* Cualquier extensión del razonamiento de la corte de *Kaimowitz* podría dar por resultado una doctrina acerca de que internar en una institución a un paciente le roba su decisión volitiva con respecto a la participación en los tratamientos menos drásticos tales como la terapia de grupo o las economías de fichas. Wexler (1974a) ha comentado sobre la ironía de este punto: "Si el confinamiento involuntario en sí crea la coerción, la aplicación de cualquier terapia viola el derecho del paciente de que *no* se le trate sin su consentimiento, lo cual es obvio que vicia el derecho a *recibir* tratamiento" (pág. 679). Desde el punto de vista de la profesión de la salud mental, el problema se puede mitigar substituyendo el modelo consensual del tratamiento con el modelo más atractivo, desde el punto de vista ético, del contrato (Schwitzgebel, 1974) o con una jerarquización de las protecciones que requieren diferentes niveles de consentimiento (Davison y Stuart, 1975).

La comunicación privilegiada. Existe una gran cantidad de legislaciones estatales que han establecido reglamentos acerca de un *privilegio* general entre el psicoterapeuta y el cliente. El privilegio es un derecho legal que se impone para proteger al cliente de sus confidencias no vayan a ser expuestas de manera pública por el terapeuta sin el permiso del cliente. En términos funcionales, el privilegio se

asemeja a la confidencialidad. La diferencia principal es que la confidencialidad es una obligación ética profesional, no un requisito legal. La proliferación actual de los estatutos sobre el privilegio entre el psicoterapeuta y el cliente se debe principalmente al reconocimiento cada vez mayor de que la confidencialidad del tratamiento es un elemento esencial para el éxito de la psicoterapia. El juez Edgerton de la Corte Norteamericana de Apelación del Distrito de Columbia, al citar la obra *Psychiatry and the Law* (La Psiquiatría y el Derecho) de Guttmacher y Weihofen, subrayó la importancia de que la psicoterapia guardara su característica confidencial *(Taylor* v. *United States,* 1955):

> El paciente psiquiátrico confía más intimidades que cualquier otra persona en el mundo. Él expone al terapeuta más de lo que sus palabras expresan de manera directa; desnuda su ser entero, sus sueños, sus fantasías, sus pecados y sus culpas. La mayor parte de los pacientes que se someten a psicoterapia saben que esto es lo que se espera de ellos y que no pueden recibir la ayuda que solicitan si no cumplen con esa condición. . . Sería demasiado esperar que lo hagan si sospecharan que todo lo que dicen —y todo lo que llega a saber el psiquiatra a partir de lo que dicen— será descubierto a todo el mundo desde el punto de vista de un testigo (p. 58).

Así como la ley de algunos Estados reconoce esta clase especial de privilegio, también reconoce algunas excepciones a ella, entre las cuales las más comunes son: (1) cuando un psicólogo o psiquiatra determina(n) que un cliente necesita ser internado en un hospital, (2) cuando un cliente se ha sometido a un examen ordenado por la corte y un juez le ha informado al cliente que su comunicación no tendrá el privilegio, y (3) cuando un paciente introduce su condición mental como un elemento de su defensa en contra de una sentencia criminal (Benthall-Nietzel, 1975).

Otro campo en el cual no se pide la confidencialidad de manera legal y es posible de hecho, que la violación de la confidencialidad se ordene, es cuando un cliente le comunica al terapeuta que tiene la intención de cometer un acto ilegal o dañino. Esta excepción le presenta un verdadero dilema al psicoterapeuta, ya que debido al carácter abierto y alentador de la relación terapéutica puede fomentar las expresiones de violencia o impulsos violentos de los clientes. Las cortes han sostenido con cierta regularidad que el privilegio no es aplicable en los casos en que su empleo ocultaría cierta información que es necesaria para la seguridad pública o la propia aplicación de la justicia (Benthall-Nietzel, 1975). Esto plantea una interrogante práctica: ¿Se debería obligar a un terapeuta que ha escuchado a un cliente amenazar a otra persona que avise a la víctima, los parientes de la víctima o a la policía del posible peligro?

Esta interrogante surgió en el caso que en la actualidad se ha vuelto famoso, de *Tarasoff contra las Autoridades de la University of California*, y la respuesta parece ser afirmativa. En el caso de *Tarasoff,* una pareja demandó a la Universidad de California, a los psicoterapeutas empleados por la universidad y a la policía de la universidad para que indemnizara de los perjuicios ocasionados por el asesinato de su hija (una estudiante de dormitorios mixtos de la universidad) por parte de uno de los clientes de los psicoterapeutas. Una corte inferior apoyó las respuestas de los acusados, pero la Suprema Corte invirtió esa decisión.

A continuación se presentan los hechos del caso. El cliente, Poddar le dijo a su psicoterapeuta, el Dr. Lawrence Moore, que tenía la intención de matar a la joven, Tatiana Tarasoff. El terapeuta informó a su superior, el Dr. Harvey Powelson, de la amenaza, y se llamó a la policía universitaria y se le solicitó por escrito que encerraran a Poddar. Hicieron precisamente esto, pero al poco tiempo le dieron la libertad, al concluir que actuaba de manera racional y confiar en su promesa de que se mantendría alejado del hogar de la Tarasoff. No lo hizo. Después de terminar su relación con el terapeuta, Poddar mató a Tatiana. Después se le acusó de homicidio. Nadie había avisado a la joven ni a su familia de la amenaza. De hecho, Powelson había pedido a la policía que regresara la carta y que los apuntes de terapia de Moore fuesen destruidos y que no se encerrara a Poddar.

Para llegar a su decisión, la corte sopesó la importancia de las relaciones terapéuticas confidenciales y el interés de la sociedad para protegerse de las personas peligrosas. La balanza cayó a favor de la protección de la sociedad. Se percibió la situación del terapeuta como análoga a la del médico a quien se le acusaría de ser responsable si no avisa a las personas en peligro de contraer una enfermedad contagiosa.

ÉTICA PROFESIONAL

Un código de ética para cualquier profesión consiste en un conjunto de reglas o principios que alientan o prohiben determinados tipos de conducta profesional. La ética consta de afirmaciones normativas; es un conjunto de aforismos que exaltan la virtud. Los códigos éticos justifican la selección de determinadas metas y patrones de conducta. Todas las profesiones han desarrollado principios éticos que recomiendan la manera adecuada como el profesionista debe conducirse con el público al cual le ofrece sus servicios y con otros profesionistas. A medida que la psicología entraba en su época profesional, fue necesario que expresara los principios que podrían guiar a sus integrantes.

El primer código de ética de la psicología se publicó en 1953 (APA, 1953). Una de las características sobresalientes de este código fue la forma como se desarrolló. Fieles a sus fundamentos empíricos, los psicólogos entregaron a un comité del APA una gran cantidad de "incidentes críticos" que implicaban algún dilema ético que en realidad había ocurrido en una situación profesional. Por medio del empleo del análisis inductivo del contenido de este material en bruto de la vida real el comité abstrajo un código completo para orientar a la psicología en su lucha inicial por alcanzar la ética profesional. El código original se resumió en una serie de principios generales seis años después (APA, 1959). Funcionó como el código ético oficial hasta 1977, cuando de nuevo se sometió a una revisión.

En 1967, el APA publicó su *"Casebook on Ethical Standares of Psychologists.* Este libro contiene una reafirmación de los principios éticos de 1963 así como un contenido de casos reales que se obtuvieron a partir de los análisis del comité del APA sobre el comportamiento ético científico y profesional conducidos entre 1959 y 1962. Se disfrazaron los hechos de estas decisiones basadas en los casos con el fin de proteger el anonimato tanto de los inocentes como de los culpables.

El compendio de casos anterior (que en el presente se está actualizando) tiene la intención de servir como una guia para la forma como se aplican los principios éticos a los casos reales. La mayoría de los psicólogos estudian esta fuente con el propósito de educarse en materia de las normas éticas de su profesión.

El código de 1977 contiene un preámbulo y nueve principios que cubren todas las áreas principales de las actividades psicológicas: la investigación, las normas académicas, la aplicación de pruebas y el diagnóstico. Todos los principios se relacionan de una manera importante con las actividades del psicólogo clínico de alguna forma:

Preámbulo

Los psicólogos respetan la dignidad y el valor del individuo y honran la conservación y protección de los derechos humanos fundamentales. Están comprometidos con el aumento de los conocimientos de la conducta humana y con la comprensión de la gente sobre sí misma y los demás y con la utilización de dichos conocimientos para promover el bienestar humano. Al perseguir estas empresas, hacen todo el esfuerzo necesario para proteger el bienestar de aquellos que solicitan sus servicios o de cualquier ser humano o animal que pueda ser el objeto de estudio. Utilizan sus habilidades solamente para lograr los objetivos que son compatibles con estos valores y no consienten que otras personas abusen de ellas. Al mismo tiempo que exigen tener la libertad para la indagación y comunicación, los psicólogos aceptan la responsabilidad que esta libertad requiere: la eficiencia, objetividad en la aplicación de las habilidades y dedicación a los intereses óptimos de sus clientes, colegas y la sociedad en general. En la realización de estos ideales, los psicólogos subscriben unos principios en las siguientes áreas: 1. La responsabilidad, 2. La eficiencia, 3. Las normas morales y legales, 4. Las afirmaciones públicas, 5. La confidencialidad, 6. El bienestar del cliente, 7. Las relaciones profesionales, 8. La utilización de técnicas de evaluación, y 9. La realización de actividades de investigación.

Principio 1 La responsabilidad

En su compromiso con la comprensión de la conducta humana, los psicólogos valoran la objetividad e integridad y, al proporcionar sus servicios mantienen, las normas más altas de su profesión. Aceptan la responsabilidad de las consecuencias de su trabajo y hacen todo el esfuerzo posible para asegurarse de que sus servicios se emplean de la manera apropiada.

Principio 2 La eficiencia

La conservación de las normas elevadas para la eficiencia profesional es una responsabilidad que todos los psicólogos comparten en su interés por el público y la profesión en conjunto. Los psicólogos reconocen los límites de su eficiencia y las limitaciones de sus técnicas, y sólo proporcionan servicios, usan técnicas u ofrecen las opiniones profesionales que cumplen con las normas reconocidas. Los psicólogos actualizan sus conocimientos acerca de la información científica y profesional que se relaciona con los servicios que ellos proporcionan.

Principio 3 Las normas morales y legales

Las normas del comportamiento, ético y legal de los psicólogos son un asunto personal en el mismo grado que lo son para cualquier otro ciudadano, a excepción de que éstas comprometen o incluyen la realización de sus responsabilidades profesionales, o reducen la confianza en la Psicología o en los psicólogos que pueda tener el público en general. Acerca de su propio comportamiento, los psicólogos deben estar conscientes de las normas que prevalecen en la comunidad y del posible impacto que su conformidad o desviación de estas normas pueda ejercer sobre la cualidad de los servicios que ellos ofrecen. Los psicólogos también están conscientes del posible impacto que su conducta pública pueda tener sobre la capacidad de sus colegas para llevar a cabo sus obligaciones profesionales.

Principio 4 Las afirmaciones públicas

Las afirmaciones públicas, los anuncios publicitarios sobre los servicios y las actividades de promoción de los psicólogos cumplen con el propósito de proporcionar suficiente información como para ayudar al público a emitir juicios y elecciones documentados. Los psicólogos representan de manera adecuada y objetiva sus requisitos, afiliaciones y funciones profesionales, así como los de las instituciones u organizaciones con las cuales ellos o la promoción se asocien. En las afirmaciones públicas que proporcionan información psicológica u opiniones profesionales o que dan información sobre la disponibilidad de los productos y servicios psicológicos, los psicólogos aceptan plenamente los límites y las incertidumbres del conocimiento y las técnicas psicológicas actuales

Principio 5 La confidencialidad

La protección de la información íntima de un individuo que el psicólogo haya obtenido en el transcurso de su enseñanza, práctica o investigación es una obligación principal del psicólogo. Dicha información no se comunica a otras personas, a menos que se den algunas condiciones importantes.

Principio 6 El bienestar del cliente

Los psicólogos respetan la integridad y protegen el bienestar de las personas y grupos con las cuales trabajan. Cuando se da un conflicto de intereses entre el cliente y la institución que emplea al psicólogo, los psicólogos aclaran la naturaleza y dirección de su lealtad y su responsabilidad y mantienen informadas a todas las partes acerca de sus compromisos. Los psicólogos informan plenamente a los usuarios de sus servicios acerca del propósito y naturaleza del procedimiento de evaluación, tratamiento, educativo o de capacitación, y reconocen totalmente que los clientes, estudiantes, o participantes de la investigación tienen libre albedrío con respecto a su participación.

Principio 7 Las relaciones profesionales

Los psicólogos actúan con el debido interés en las necesidades, capacidades especiales y obligaciones de sus colegas de Psicología y otras profesiones. Los psicólogos

respetan las prerrogativas y obligaciones de las instituciones u organizaciones con las cuales se asocian.

Principio 8 La utilización de técnicas de evaluación

En el desarrollo, publicación y empleo de las técnicas psicológicas de evaluación, los psicólogos observan las normas pertinentes del APA. Las personas que se someten a los exámenes tienen el derecho de conocer los resultados, sus interpretaciones y, cuando sea indicado, los datos originales en los que se basaron los juicios finales. Las personas que aplican pruebaspsicométricas evitan comunicar la información innecesaria que pondría en peligro la seguridad de las pruebas, pero proporcionan la información solicitada que explica la base de las decisiones que pueden afectar de manera negativa a la persona o las personas que dependen del individuo en cuestión.

Principio 9 La realización de actividades de investigación

La decisión acerca de llevar a cabo una determinada investigación debe apoyarse en un juicio considerado del psicólogo sobre la mejor forma en que puede contribuir a la ciencia de la Psicología y al bienestar del ser humano. Los psicólogos conducen sus investigaciones con todo el respeto para las personas que participan en ellas y con gran interés en su dignidad y bienestar.

La mayor parte de los clínicos creen en los principios de este código y se orientan por ellos. Como lo ejemplifica el caso que se presenta en el Cuadro 13-4. hacen un gran esfuerzo por manejar las situaciones ambiguas y complejas de acuerdo con las normas más elevadas del comportamiento profesional. En esas ocasiones relativamente raras cuando, como un ser humano falible, un clínico o un psicólogo toma una decisión indebida y se comporta de una manera que deja mucho que desear, queda sujeto a la censura de los cuerpos locales, estatales y nacionales cuya tarea es sancionar las violaciones a la práctica ética.

Una vez que se haya sometido una queja de una conducta no ética de un socio del APA y el comité apropiado haya emitido su decisión acerca de que en efecto su comportamiento no fue ético, se debe enfrentar el asunto relacionado con el castigo indicado. La sanción más severa del APA es dar de baja al ofensor de la asociación e informar a todos los socios de esta determinación. Para la mayoría de los transgresores esta sanción es desconcertante, para algunos es humillante, pero rara vez es trágica. En el caso de un comportamiento extremo o repetido de falta de ética es posible que el psicólogo se vea amenazado de perder su licencia o certificado a través de la comisión psicológica de la Entidad en donde el psicólogo realiza su práctica.

Ética de la investigación

El principio ético 9 y sus corolarios sostienen que el psicólogo es responsable del bienestar de los sujetos de la investigación, tanto de los humanos como de los animales. Esta afirmación directa acerca de la ética de la investigación también se

Cuadro 13-4 Un ejemplo de un dilema ético

La siguiente historia de caso tomada del *Libro de casos* de modelos éticos de la APA (1967, pp. 29-30). Trata del díficil tema de la obligación que tiene el clínico de proteger el bienestar de un cliente por un lado, a la vez que debe mantenerse sensible a los intereses sociales implicados en una conducta criminal. Ejemplifica un caso un poco parecido al problema implicado en el caso de *Tarasoff.*

Caso 6-A

Un psicólogo clínico bien entrenado, en su práctica privada recibió a un paciente referido para tratamiento psicoterapéutico debido a que estaba "cerca de un rompimiento nervioso". Los antecedentes del paciente revelaron muchas circunstancias tensionantes y traumáticas. Después de algunas visitas, el paciente confesó que había cometido un asesinato, lo cual pesaba mucho en su conciencia. El psicólogo escribió al comité para solicitar su consejo, señalando que ningún principio ético se refería al caso exactamente, que el caso más cercano era uno que se refería a unas situaciones en que el conocimiento y la intención fueron revelados pero que en ese caso el acto no había sido llevado a cabo. El psicólogo escribió posteriormente:

> Me encuentro en una posición muy incómoda al no saber si el aceptarlo en base a un tratamiento, pudiera tener el efecto de condonar su acto. Es posible comprender las presiones internas y la dinámina que lo llevó a actuar de la manera en que lo hizo. Tampoco estoy seguro si es mi responsabilidad animarlo a llevar a cabo la acción de hacer público lo que ha hecho y recibir castigo, cuando él dice que va a hacer esto. Teóricamente sé que debería ayudarlo a clasificar su pensamiento hasta el punto de que pueda tomar el curso de acción que sea más conveniente. Sin embargo, como él mismo ha dicho no sólo él está implicado, pues el conocimiento público de su acción podría afectar a su esposa y a sus hijas. Desde un punto de vista psicoterapéutico no hay duda de que este hombre sufre un dolor psíquico intenso y cualquiera que sea el curso de acción que decida seguir, yo supongo que podría justificar verlo de una manera profesional para intentar que se sienta más confortablemente. Además, no encuentro que sea posible encapsular su acto. No existe ninguna indicación de que él planeara el acto y de que lo vaya a volver a hacer.
>
> Tengo miedo de que mis valores éticos y mi conciencia social estén siendo afectados, y de alguna manera yo supongo que estoy preguntando si, en este caso, no está afectándome. Espero que haya esbozado la situación claramente y de una manera suficiente como para que su comité me pueda ayudar a afirmar mis responsabilidades éticas como psicólogo.

Opinión

El comité pensó que el cliente debería ser aceptado en terapia sin condenar su acto, pero que la decisión en este caso dependía del psicólogo implicado. Para tomar tal decisión es necesario tener en cuenta tanto las responsabilidades profesionales como las comunitarias, además de considerar las implicaciones legales. Ya que las leyes en diferentes estados varían con respecto a la comunicación privilegiada, el comité recomendó también que el psicólogo consultara con un abogado acerca de cuáles podrían ser sus obligaciones legales en tales circunstancias.

manifestó de una forma bastante clara en el código de 1963, pero, debido al interés y preocupación cada vez mayor por parte del público acerca de las violaciones de los derechos humanos de los sujetos de la investigación y las reglamentaciones nuevas del Departamento de Salud, Educación y Bienestar, el APA vio que era necesario añadir a sus normas éticas un conjunto de principios especiales y más detallados relacionados con la investigación con los participantes humanos.

De nuevo el proceso por medio del cual se desarrollaron los principios fue empírico e implicó la participación de varias personas. Los psicólogos presenta-

ron el material bruto que se relacionaba con los problemas éticos con los cuales se enfrentaban en sus propias actividades de investigación. Un Comité de las normas éticas en la investigación psicológica creado en este momento ordenó esos datos y a partir de esta clasificación elaboró un borrador de una serie de principios que presentó a los socios del APA en 1971. Después de un análisis extenso y varias recomendaciones de los psicólogos, se revisaron los principios y se aceptaron de manera oficial en el mes de diciembre de 1972. Se publicaron junto con el análisis pertinente y el material de casos ejemplificados en *"Ethical Principies in the Conduct of Research with Human Participants"* (APA, 1973). Estos diez principios son:

Principio 1 Al planear un estudio el investigador tiene la responsabilidad de realizar una evaluación cuidadosa de la aceptabilidad desde el punto de vista ético, considerando estos Principios de la investigación con seres humanos. En el caso de que esta apreciación, al poner en una balanza los valores científicos y humanos, sugiera una desviación de cualquier Principio, el investigador contrae una sería obligación para buscar el consejo ético y regirse por lincamientos más estrictos que protejan los derechos del participante en la investigación humana.
Principio 2 La responsabilidad de establecer y mantener la práctica ética aceptable en la investigación siempre recae sobre el investigador individual. El investigador también es responsable del tratamiento ético por parte de sus colaboradores, asistentes, estudiantes y empleados que participen en la realización de la investigación; sin embargo, todas estas personas también tienen obligaciones paralelas.
Principio 3 La práctica ética requiere que el investigador informe al participante sobre todos los elementos de la investigación que se espere puedan afectar de manera razonable la disponibilidad de las personas para participar en el estudio, y explicarles todos los otros aspectos de la investigación sobre los cuales el participante interrogue. Si el investigador no comunica todos estos puntos, tiene una mayor responsabilidad para proteger el bienestar y la dignidad del participante en investigación. Principio 4 La franqueza y la honestidad son características esenciales de la relación entre el investigador y el participante en la investigación. Cuano los requisitos metodológicos obligan a que se escondan o falseen ciertos elementos del estudio, se requiere que el investigador asegure la comprensión del participante en cuanto a los motivos de su acción y que recupere la cualidad de la relación con el investigador. Principio 5 La práctica ética de la investigación requiere que el investigador respete la libertad del individuo para negarse a participar en la investigación o abandonar su participación en cualquier momento. La obligación de proteger esta libertad requiere una vigilancia especial cuando el investigador goza de una posición de poder sobre el participante. La decisión de limitar esta libertad aumenta la responsabilidad del investigador de proteger la dignidad y el bienestar del participante.
Principio 6 La investigación que es aceptable desde el punto de vista ético comienza con el establecimiento de un acuerdo claro y justo entre el investigador y participante que aclare las responsabilidades de ambos. El investigador tiene la obligación de honrar todas las promesas y compromisos que se incluyen en ese acuerdo. Principio 7 El investigador ético protege a los participantes de la incomodidad, daño y peligro físico y mental. Si existe el riesgo de una consecuencia de este tipo, se requiere que el investigador informe al participante de ese hecho, obtenga su consentimiento antes de proceder con la investigación y tome todas las medidas posibles para reducir

el sufrimiento. No se permite la utilización de un procedimiento de investigación que tenga una alta probabilidad de que ocasione un perjuicio serio y duradero a los participantes.

Principio 8 Después que se recopilan los datos, la práctica ética requiere que el investigador proporcione al participante una aclaración completa de la naturaleza del estudio y que elimine cualquier concepción errónea que pudo haber surgido. Cuando los valores científicos y humanos justifican que se demore o retenga la información, el investigador adquiere una responsabilidad especial para asegurarse de que no se den consecuencias que puedan perjudicar al participante.

Principio 9 En el caso de que los procedimientos de la investigación puedan ocasionarle consecuencias indeseables al participante, el investigador tiene la responsabilidad de detectar y eliminar o corregir estas consecuencias, incluyendo, cuando sea pertinente, los efectos a largo plazo.

Principio 10 La información que se obtenga acerca de los participantes de la investigación en el transcurso del estudio es confidencial. Cuando exista la posibilidad de que otras personas tengan acceso a dicha información, la práctica ética de la investigación requiere que en esta posibilidad, junto con los proyectos para proteger la confidencialidad, se les exponga y explique a los participantes como parte de un procedimiento para obtener su consentimiento informado.

Los principios de la investigación aún provocan varias discusiones álgidas entre los psicólogos debido a que se les aplica a situaciones y preguntas que desafían la formulación de respuestas fáciles y sencillas. Por ejemplo, ¿cuándo se justifica el falseamiento de los elementos del estudio? ¿Cuánta información se le debe proporcionar a los participantes acerca de su ejecución en el estudio cuando esa información puede amenazar su autoestima? ¿Durante cuánto tiempo después de una investigación se debe considerar que el investigador es responsable del bienestar de los participantes? Es tranquilizante saber que en la mayoría de los casos, sin o con el código de ética, la mayor parte de los psicólogos concuerdan en lo que constituye un comportamiento adecuado por parte de un investigador. Pero en aquellos casos en los cuales los psicólogos honestos y honorables pueden discrepar acerca de un curso de acción, la orientación que proporcionan los principios anteriores puede ser útil y necesaria.

INDEPENDENCIA PROFESIONAL

Para el psicólogo clínico es necesario o útil consultar y colaborar con personas que pertenecen a otras profesiones en muchos aspectos de la práctica clínica. Los profesionistas con los cuales los psicólogos clínicos se encuentran más a menudo trabajando comprenden educadores, abogados, sacerdotes, trabajadores sociales, enfermeras, médicos y otros tipos de psicólogos.

En su mayoría, las relaciones interprofesionales de los psicólogos son sanas, productivas y se caracterizan por el respeto y la buena voluntad. El signo más obvio de esta armonía entre profesionistas es la frecuencia de referencias entre los diferentes grupos. Es probable que una maestra que se enfrenta a un niño cuya conducta en el salón de clase parece relacionarse con un problema emocional o fami-

liar serio recomiende que la familia consulte a un psicólogo. Por otro lado, los psicólogos se pueden encontrar con un cliente que tenga problemas legales y que, en lugar de ofrecer consejos legales, urgirán a estos clientes a que contraten a un abogado.

Por desgracia no todas las relaciones interprofesionales han sido así de pacíficas. Los psicólogos han tenido un grado considerable de conflicto con los médicos, en especial con los psiquiatras. De hecho, uno de los problemas más persistentes de la Psicología clínica en sus esfuerzos por ser reconocida como una profesión independiente han sido sus relaciones cautelosas y a menudo tormentosas con la profesión médica. Garfield (1965) observa que, ya en 1917, los psiquiatras manifestaban una actitud crítica hacia los psicólogos, en especial hacia "aquellos que se llamaban a sí mismos 'psicólogos clínicos'" y que trabajaban en unas supuestas 'clínicas'" y proporcionaban un "supuesto testimonio experto" ("Activities of Clinical Psychologists", 1917).

Ha habido dos fuentes principales de fricción entre la Psicología clínica y la Psiquiatría. La primera de éstas implica el ejercicio de la psicoterapia por parte de los psicólogos (Hunt, 1965). En años más recientes, la revuelta se ha centrado en el debate acerca de si se deben incluir los psicólogos en las pólizas de seguros que cubren el tratamiento de los desórdenes mentales. A pesar de que ambas controversias se relacionan de manera cercana, se deben estudiar por separado para comprender la base y el desarrollo de cada una.

Practica independiente de la Psicoterapia Mientras que los psicólogos se limitaron a la investigación, la asesoría y la aplicación de pruebas, los médicos estaban conformes y no interferían con estas actividades. De la misma manera, los psicólogos no encontraron problema alguno con el hecho de que los médicos deberían ser la autoridad en los asuntos relacionados con determinados desórdenes físicos o tratamientos orgánicos tales como la medicamentación, la terapia electroconvulsiva y la cirugía. El desacuerdo, cuando surgió, se centró en la psicoterapia, una actividad que ambas profesiones ofrecen al público. Como se vio en el capítulo 2, cuando los psicólogos comenzaron a afirmar su derecho de ocuparse en la práctica independiente de la psicoterapia, los psiquiatras objetaron e insistieron que un psicoterapeuta debe ser un médico o estar bajo la supervisión de un médico.

Sundberg, Tyler y Taplin (1973) proporcionan un resumen justo de los criterios empleados por cada posición. En primer lugar, desde el punto de vista de los psiquiatras:

> El tratamiento de las enfermedades humanas de todos los tipos han sido de manera tradicional y legal la responsabilidad de los practicantes médicos. El médico es el único que se puede hacer responsable del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Los médicos son expertos sobre el funcionamiento del hombre completo, y siempre ha sido difícil desenmarañar lo "mental" de lo "físico". La profesión médica le abre la puerta a la utilización apropiada de las habilidades psicológicas de otros grupos profesionales siempre y cuando estén bajo la supervisión de los médicos. Además, entre los médicos, el psiquiatra es la persona que tiene la competencia particular por su entrenamiento y experiencia para tratar las enfermedades mentales.

Y la respuesta de los psicólogos:

> Debido a su entrenamiento y experiencia, los psicólogos tienen las cualidades necesarias para tratar los problemas psicológicos, es decir, los problemas que implican procesos tales como el aprendizaje, motivación, desarrollo personal, y relaciones interpersonales. Aceptando que en los casos de los desórdenes orgánicos y psicosis la responsabilidad es del psiquiatra y médico, todavía además de estos casos existe una gran necesidad por parte del público para recibir asistencia psicológica. Cuando los psicólogos poseen un buen entrenamiento y experiencia, sus actividades no se relacionan con los asuntos médicos y es humillante que se les exija la supervisión médica en los aspectos psicológicos. Además, muchos psicólogos resienten que se les excluya de las asociaciones psicoanalíticas principales, las cuales debido a que en sus inicios eran controladas por profesionistas médicos limitaban la sociedad a personas que tenían un título médico. Este criterio se aplicó a pesar de la negación por parte de Freud acerca de que el entrenamiento médico era importante para el psicoanálisis (Freud, 1950) y su defensa de los colegas que no eran médicos. Se ha mantenido esta limitación a pesar de las grandes contribuciones al psicoanálisis que han realizado varias personas distinguidas que no tienen la profesión médica tales como Anna Freud, Theodor Reik, Otto Rank, Erich Fromm y Erick Erikson. (pp. 511-512.)

Una nota histórica de pie de página sobre esta discusión revela que alguna vez los mismos psicólogos se oponían a practicar la psicoterapia de manera independiente. Los psicólogos a menudo olvidan o no toman en cuenta este hecho, pero es verdad que en 1949 el APA desalentó a los psicólogos a practicar la psicoterapia sin estar en colaboración con los psiquiatras (Goldenberg, 1973). Escúchese a Shakow sobre este aspecto: "Es natural que la terapia esté encabezada por el psiquiatra debido a su base médica, junto con sus responsabilidades sociales y legales para el tratamiento reconocido y su interés principal con este problema" (Shakow, 1948, pág. 517).

La historia también demuestra que, mientras los psicólogos efectuaron una reconsideración de su posición sobre la práctica independiente de la psicoterapia (APA, 1958), los psiquiatras no hicieron lo mismo. De hecho, la Asociación Médica Americana (1954) adoptó una política oficial acerca de que la psicoterapia era un procedimiento médico y que únicamente el personal médico entrenado debería llevarlo a cabo. La estrategia básica del AMA en esta batalla era oponerse a la legislación estatal que daría por resultado el proceso mediante el cual los psicólogos obtendrían el certificado y licencia de psicólogos. Como se ha visto, la estrategia no tuvo éxito, un acontecimiento por el que los psicólogos están muy agradecidos. Hoy en día, casi en todas las regiones del país, se les permite por ley a los clínicos que practiquen la psicoterapia sin la interferencia del cuerpo médico.

En efecto, para beneficio de todos, las relaciones entre los psicólogos y los psiquiatras en muchas áreas han mejorado de manera considerable a través de los años. Parece que hemos iniciado un periodo de "relajación de tensiones". Cada vez más los psiquiatras han aceptado como profesionistas a los psicólogos y es menos probable que los traten con la condescendencia que los caracterizaba anteriormente. Por su parte, los psicólogos se han quitado sus escudos defensivos y no están tan inclinados a sentirse que deben repeler de manera constante los ataques de los psiquiatras insolentes. Las dos disciplinas han mejorado debido al

aumento que han experimentado en la cantidad de personas con excelentes capacidades que han ingresado en las dos profesiones, y es más probable que ahora se den experiencias de aprendizaje mutuo.

Seguros Nacionales de Salud Aquellos psiquiatras que aún se oponen a la práctica de la psicoterapia por parte de los psicólogos por lo general lo hacen de una manera silenciosa. Sin embargo, la profesión médica no permanece tan callada en cuanto a su oposición a incluir a los psicólogos entre los profesionistas que proporcionan servicios de salud y que obtienen algún reembolso bajo cualquier plan asegurador nacional de salud. Así la cuestión de que la psicología como profesión totalmente autónoma pueda funcionar sin la supervisión médica, dejo de ser algo meramente filosófico; ya que tiene implicaciones económicas claras.

Estados Unidos es el último país industrializado que no ha desarollado un programa de seguro nacional de salud. Aunque aún persiste el debate acerca de los méritos de los planes aseguradores privados o públicos, es casi un hecho que dentro de cinco años este país tendrá un seguro de salud nacional. Por lo tanto la controversia no se centra en el hecho de si habrá un seguro de salud nacional, sino en las cláusulas que incluirá y el tipo de servicios que se podrán reembolsar. Una interrogante principal es si se incluirán los servicios de salud mental.

Muchos de los miembros del Congreso, al tener en cuenta el costo elevado de "Medicare", "Medicaid" (seguros médicos para determinados sectores de la población estadounidense) y del Programa médico y de salud civil de los servicios militares (CHAMPÚS), tiene la preocupación de que si se incluyen los sevicios para las enfermedades emocionales y mentales el sistema se encarecerá en exceso. Otros están convencidos de que un plan en verdad completo de salud debe compensar los servicios para las enfermedades emocionales y mentales. Los que abogan porque se incluyan los servicios de la salud mental señalan que los datos recientes demuestran que una *sola sesión de psicoterapia* redujo la utilización posterior de los recursos médicos por parte del 60% de las personas que la recibieron. En los pacientes que recibieron de dos a ocho sesiones de psicoterapia hubo aproximadamente una reducción del 75% en su empleo de los servicios médicos (Cummings, 1977; consúltese a Olbrisch, 1977, para obtener una revisión de los datos adicionales que apoyan la conclusión acerca de que la psicoterapia tiene un efecto positivo y reductor de gastos sobre la salud física). Por consiguiente, el argumento consiste en indicar que lejos de ser una desventaja económica, es probable que el costo que implica el reembolso de los servicios de psicoterapia sea más que compensado por el ahorro que redundaría en la utilización de los recursos médicos.

El asunto que tiene un interés más cercano para los psicólogos y psiquiatría es qué tipo de personas de los que proporcionan servicios de salud mental podrán obtener un reembolso asegurador.

No existe duda acerca de que, como la obtención de la licencia fue el tema durante las décadas de 1950 y 1960, el tema relativo a si los psicólogos serán incluidos en el seguro nacional de salud es el que ocasiona emociones intensas durante la década de 1970. Una gran parte de la legislación que se ha propuesto en relación con el seguro nacional de salud proporcionaría el reembolso en el caso de



"Hoy no voy a hablar *de mi desgraciada madre. Voy hablar acerca de mi desgraciada compañía de seguros."*

Cartón 13-1 Dibujo de Booth; © The New Yorker Magazine Inc.

los servicios de salud mental que hayan conducido los psicólogos *solamente* si tratan a pacientes que fueron referidos por un médico y cuando estén bajo la supervisión médica. La mayoría de los psicólogos consideran que esta situación es intolerable para un profesionista que aspira a su plena autonomía y en lugar de esto proponen la legislación denominada "libertad de elección", la cual propone que los servicios realizados tanto por los médicos como por otros profesionistas de salud mental que *no* fuesen médicos pudieran ser susceptibles de cobrar el reembolso por sus servicios.

Vale la pena hacer notar que no todos los psicólogos aprueban que la Psicología se incluya bajo los beneficios de un seguro de salud. Algunos como Albee (1965), sostienen que al reembolsar el costo de los servicios de psicoterapia de cualquier profesionista por medio de un seguro nacional de salud refuerza la .creencia incorrecta acerca de que los problemas de la conducta se deben a una enfermedad y que por lo tanto aleja a los recursos de los programas de cambio social y de prevención que tanto se necesitan (véase a Meltzer, 1975, para encontrar un análi-

sis semejante). Albee (1977) también discute que, debido a que las clases medias y altas son las que solicitan psicoterapia con mayor frecuencia, al incluir este servicio bajo un plan federal asegurador requeriría de un impuesto regresivo, un subsidio a los ricos por parte de los pobres (véase también a Crowell, 1977).

Es difícil resumir el lugar que ocupa en la actualidad la posición de los psicólogos en un seguro nacional de salud debido a que la situación está cambiando de una manera rápida tanto a niveles estatales como federales. Crowell (1977) ha informado que existen más de 20 leyes de seguros nacionales de salud que se han presentado al Congreso y que cada una de éstas tiene diferentes cláusulas para la manera como se debe proporcionar el reembolso de los servicios. Sin lugar a duda existe un precedente para el reembolso a los psicólogos que practican de manera independiente. La revisión de Dorken (1977) demuestra que "bajo los proyectos de invalidez, seguro de salud y servicios médicos, 24 estados y el Distrito de Columbia (incluyendo a California, Nueva York, Ohio, Michigan y Nueva Jersey) que cubren el 60% de la población, en el mes de diciembre de 1976 habían aprobado de manera oficial los estatutos que proporcionaban un acceso directo y libertad de elegir un psicólogo con certificado o licencia con los beneficios de la cobertura" (p. 273). Además, los desarrollos recientes han tenido una importancia particular para los psicólogos clínicos:

1 La Asociación de seguros de salud de América aprobó una ley modelo del Reconocimiento directo del psicólogo con la intención de ayudar a los otros 26 estados a que logren la legislación de la libertad de elección.

2 La ley de rehabilitación de 1973, PL 93-112, proporciona una paridad de los psicólogos con licencia con los médicos tanto para los servicios de evaluación como de tratamiento.

3 Los servicios que proporcionan los psicólogos clínicos se cubren tanto bajo la ley de Seguro de Salud del Empleado Federal (PL 93-363) como bajo el Programa de Comprensación de Daños en el Trabajo Federal (PL 94-212).

4 Los psicólogos clínicos con licencia que tengan dos años de experiencia supervisada se reconocen como profesionistas independientes que proporcionan servicios de salud bajo CHAMPÚS, el programa federal que cobre más de seis millones de beneficiarios en todos los 50 Estados y el Distrito de Columbia de la Unión Norteamericana.

Por otro lado, existen varios programas médicos importantes que no reconocen a los psicólogos como profesionistas independientes que proporcionan servicios de salud mental. Ni "Medicaré" ni "Medicaid" incluyen a los psicólogos como practicantes independientes. (Deleon, 1977), a pesar de que existen unas propuestas recientes para que se enmienden estos programas e incluyan a los psicólogos. No obstante, de acuerdo con Deleon (1977), "hasta una revisión somera de las diversas proposiciones para los seguros nacionales de salud, sin tener en cuenta la esencia filisófica o económica cuyos intereses reflejen, rápidamente indica que hay muy poco entusiasmo para tratar a la persona que proporciona servicios de salud que no es médico como un profesionista independiente y autónomo. Casi todas las leyes incorporan el lenguaje de nuestra legislación de 'Medicare'; y bajo

este decreto, los servicios psicológicos se pueden reembolsar únicamente si están bajo la supervisión directa de un médico" (pág. 267).

La profesión médica ha adoptado el término de "psicoterapia médica" para referirse al tipo de servicios de salud mental que considera que deben ser compensados. La Psicología interpreta este término como una estrategia política que tiene la finalidad de asegurarse de que el público identifique a los médicos como los profesionistas apropiados para el desempeño de los servicios psicoterapéuticos. El argumento contrario de los psicólogos consiste en señalar que, en la gran mayoría de los casos, la Psicoterapia no tiene algún elemento "médico". Es casi seguro que persista por algún tiempo el debate acerca de la forma final del seguro de salud nacional (NHI). Y es bueno que así sea, ya que sin tener en cuenta su forma final, el seguro de salud tendrá un gran impacto en la forma cómo se realizarán y en la calidad de los servicios de salud mental en Estados Unidos. Los autores se sienten impresionados por las ventajas que implica incluir a los psicólogos en un seguro de salud nacional y están convencidos de que no existen verdaderas ventajas al excluirlos. También es importante reconocer que una de las contribuciones más importantes de la psicología a un sistema nacional de servicios de salud sería el que ayudaría a evaluar las consecuencias de la implantación del programa en sí. Como evidencia de este compromiso con la investigación de evaluación, el APA estableció en 1976 un cuerpo de expertos para la continuación de la evaluación del seguro nacional. Este grupo publicó 16 principios que creía que deberían orientar el desarrollo de cualquier legislación con respecto a los seguros de salud. En la introducción del reporte del cuerpo de expertos en la revista del mes de abril de 1978 del *American Psychologist* se expresó el sentimiento subyacente de estos principios:

> El probable inicio del NHI proporciona a la psicología y a otras profesiones de salud una oportunidad notable para manifestar su madurez y liderazgo profesional al promover de manera urgente que el Congreso incluya en las cláusulas del NHI la evaluación sistemática de los servicios que cubra y únicamente se proporcionen reembolsos para los tratamientos y programas efectivos. En la gran mayoría de los casos, la única posición verdaderamente ética se encuentra en proporcionar al público los servicios efectivos cuya efectividad se someta a la evaluación sistemática Es poco probable que alguna profesión de salud a la larga saliera perdiendo al afirmar la confianza en su habilidad para proporcionar servicios efectivos, y el público sólo saldría ganando, (p. 305).

PELIGROS DEL PROFESIONALISMO

¿Las tres primeras décadas de la época profesional de la Psicología clínica han fortalecido la disciplina al convertirla en una mejor profesión, o más bien la han convertido en un clan que emplea la producción de criterios de sociedad sin sentido? ¿La Psicología clínica se ha convertido en una mejor profesión al establecer normas de entrenamiento, competencia y servicio o simplemente es ahora una profeáión más cerrada? En estas páginas finales se considerarán estos aspectos.

La justificación final para que cualquier disciplina se convierta en una profesión es que el público obtendrá beneficios de las normas que definen y rigen el

ingreso a la profesión. Desde luego estas limitaciones también beneficiarán a los que pertenecen a la profesión en tanto que controlan el tamaño de la profesión y reducen de alguna manera las posibilidades de competencia. No existe objeción alguna a esta última función cuando es un producto colateral de la protección del público de los practicantes que no tienen los requisitos para ejercer la profesión. El problema surge cuando se invierten las prioridades de una profesión, de tal manera que la promoción de sus integrantes queda en primer lugar ante sus obligaciones con el público.

Ya en 1951, Fillmore Sanford, en aquel entonces el secretario ejecutivo del APA, estaba consciente de los peligros de que la Psicología se convirtiera en una profesión. En un esfuerzo por llamar la atención de la Psicología hacia sus obligaciones profesionales, Sanford propuso una lista de 16 principios que deben considerarse "los criterios de una buena profesión" (Sanford, 1951, p. 667). Él deseó que los 16 criterios sirvieran como una guía para el desarrollo de la Psicología como una profesión socialmente útil y responsable. Los criterios de Sanford para una buena profesión fueron:

1 Una buena profesión es aquella que se ve motivada por un sentido de responsabilidad social.

2 Una buena profesión es lo suficientemente perceptiva del lugar que ocupa en la sociedad para guiar de manera continua su práctica y sus políticas de tal manera que se conformen con los mejores intereses cambiantes de dicha sociedad.

3 Una buena profesión es la manera continua vigila que esté representada como una entidad capaz de ofrecer servicios que trasciendan su competencia demostrable.

4 Una buena profesión es aquella que busca de manera continua encontrar su exclusiva modalidad de competencia y que concentra sus esfuerzos en ofrecer el servicio apropiado de acuerdo con esa modalidad de habilidades.

5 Una buena profesión es aquella que dedica una pequeña cantidad de su energía a las funciones de "clan", para establecer su propia fuerza interna de grupo y una gran parte de su energía al servicio de su función social.

6 Una buena profesión es aquella que se ocupa en relaciones racionales y ca rentes de envidia con las otras profesiones que tienen competencias relacionadas y propósitos comunes.

7 La buena profesión es aquella que dedica una buena parte de su energía al descubrimiento de nuevos conocimientos.

8 La buena profesión es la que posee buenos canales de comunicación entre los descubridores y los aplicadores de los conocimientos.

9 La buena profesión es aquella en la cua! sus descubridores de conocimientos no se relegan a una posición de inferior o de segunda categoría.

10 La buena profesión es aquella que se mantiene libre de requisitos de ingreso que no sean de tipo funcional.

11 La buena profesión es aquella en la cual el entrenamiento de preparación se relaciona de manera válida con la función final y principal de los integrantes de la profesión.

12 Una buena profesión es aquella en la cual los beneficios materiales que obtienen sus integrantes son proporcionales a las contribuciones sociales.

13 Una buena profesión es aquella en la que sus miembros son accesibles al público tanto social como financieramente.

14 La buena profesión tiene un código de ética elaborado principalmente para proteger al cliente y solamente en segunda instancia para proteger a los integrantes de la profesión.

15 Una buena profesión es la que facilita la educación y el entrenamiento continuo de todos sus integrantes.

16 Una buena profesión es la que se interesa de manera continua con la validez de sus técnicas y procedimientos.

La lista de Sanford es aún vigente. A pesar de que se escribió con un espíritu futurista con una visión idealista de lo que la psicología dibería luchar por lograr, se puede emplear en la actualidad de una manera retrospectiva como un parámetro contra el cual se puede medir la transformación de la psicología.

Los dos primeros criterios se centran en la necesidad de que los psicólogos se adapten a los requisitos y cambios sociales. En varios puntos a través del texto, los autores han acentuado la importancia de que la Psicología clínica se ha mantenido especialmente sensible a los acontecimientos sociales y políticos que la han rodeado. Como se vio en le capítulo 2, el desarrollo en sí de la profesión fue una reacción al levantamiento social y a las necesidades humanas que casi no tuvieron precedente. De una manera semejante, la evolución de las actividades psicológicas tan distintas como la evaluación, la psicoterapia, la psicología comunitaria y las intervenciones basadas en el modelo del aprendizaje social tuvieron su origen en el hecho de que la Psicología siempre se ha mantenido bien sintonizada al *Zeitgeist* actual.

Varios criterios (es decir, el 3, 4, 13 y 14) se interesan en el aspecto de la ética profesional. Los psicólogos están orgullosos de una forma justificable con su código de ética debido a que constituye el único conjunto de normas profesionales que se desarrollaron por medio de procedimientos expresamente empíricos. Sin embargo, este orgullo no ha fomentado la complacencia y el código se sigue revisando y actualizando.

Tales de los criterios (10, 11 y 15) implican aspectos del entrenamiento profesional, un área con la cual se ha descrito que los psicólogos tienen una "preocupación incesante". La Psicología clínica tiene un compromiso ineludible con el desarrollo de los programas de entrenamiento que son más apropiados para las funciones que se le pedirá que desempeñe. Aunque todavía se le da valor al modelo Boulder de entrenamiento tradicional, se estima su valor en el contexto de una experimentación constante con otros sistemas de entrenamiento cuya intención es proporcionar una cantidad adecuada de psicólogos concentrados en ofrecer servicios clínicos. La única área que se ha quedado algo retrasada es la educación profesional continua (EPC). Sin embargo, se está logrando algún progreso en este frente y los autores confian en que dentro de los siguientes cinco años una mayoría de los estados exigirán la EPC como una condición para la licencia para ejercer de psicólogos.

El sexto criterio de Sanford se relaciona directamente con el análisis reciente de las relaciones interprofesionales. Es seguro que este aspecto, en especial con respecto a la relación entre los psiquiatras y psicólogos clínicos, continuará siendo el centro de mucha atención. Es probable que una respuesta adecuada a las relaciones que en algunas ocasiones se ven perturbadas con los psiquiatras requiera un acto equilibrador de algún tipo. Por un lado, los clínicos deben continuar su búsqueda por colaborar y cooperar con *todas* las profesiones. Al mismo tiempo, para ser una profesión de primera categoría, la Psicología debe ser una profesión libre, y no estar dispuesta a establecer algún pacto faustino en el cual se compre a la profesión médica por aceptar su dominio sobre la Psicología.

La mayor cantidad de criterios analizan las prioridades de la profesión, las contribuciones esenciales que debe hacer con respecto al público. Cuando se lee esta lista no existe duda de que Sanford, como muchos otros psicólogos que existieron antes que él y que surgirán después, eligen fortalecer la investigación y el progreso del conocimiento como la actividad principal de la Psicología. A menudo se discute que la creación del conocimiento básico es una de las funciones que separa al profesionista del técnico, quien aplica los métodos que se basan en el conocimiento existente. Es posible que este juicio sea más apropiado aún en el caso de una profesión nueva como la Psicología clínica, en donde "a menor cantidad de técnicas con utilidad demostrable, mayor cantidad de recursos debe dedicar a la investigación" (Sanford, 1951, p. 669).

FUTURO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Por último, se ha llegado a un punto en el que los autores se sienten obligados a convertirse en brujos que impresionen a los lectores con un conjunto de predicciones acerca del futuro de su propia profesión. A pesar de que no pueden resistir la tentación de tratar de adivinar el futuro, se espera que hayan logrado evitar los excesos del pronóstico que en algunas ocasiones contaminan al comentarista poco precavido. La perspectiva de los autores acerca del futuro de la Psicología clínica pone de relieve los siguientes aspectos:

1 Se confía en que el número de clínicos seguirá aumentando, pero a un ritmo más lento que en los últimos años.

2 Una ampliación de las funciones que desempeñarán los clínicos acompañará el aumento anterior. A esta tendencia los autores le denominan "el estiramiento de los límites" y perciben una tendencia continua a que los psicólogos se ocupen en una mayor variedad de actividades.

3 Es probable que la Psicología clínica adopte más la actitud que en algunas ocasiones se ha llamado "orientación hacia el cliente". Esta tendencia ya se manifiesta en la gran cantidad de grupos de autoayuda que se han formado, la importancia que se le presta a la responsabilidad que tienen hacia los clientes, y la expectativa acerca de que los psicólogos desarrollen sus propias normas como profesionistas que proporcionan servicios de salud. El resultado de todos estos movimientos es que los clínicos necesitarán evaluar la efectividad de sus interven-

ciones. Un lema recurrente de un grupo de psicólogos prominentes a los cuales se les pidió que especularan sobre el futuro de la Psicología fue que la evaluación de programas sería una actividad cada vez más importante y frecuente de los psicólogos (Wertheimer, Barclay, Cook, Kiesler, Koch, Riegel, Rorer, Senders,"Smith y Sparling, 1978). Un psicólogo que funcione como investigador siempre tendrá un lugar en el futuro.

4 Parece haber un entusiasmo considerable por el desarrollo de programas de entrenamiento innovadores que preparen a los psicólogos para ciertas áreas de "especialidad" como el abuso de fármacos y el alcoholismo, la geriatría, la salud mental rural, el retraso mental y la salud mental de la comunidad. A pesar de que no apoyamos la filosofía del entrenamiento "especializado" en los programas a nivel del doctorado en Filosofía y somos escépticos acerca de la longevidad de estos esfuerzos, es casi seguro que ejercerán una influencia.

5 Es posible que el acento creciente en la evaluación del día de mañana se acompañe de algún abandono de la aproximación de "sello de fábrica" a la psicoterapia. A medida que la investigación demuestre la efectividad de las técnicas de cambio conductual sin importar su origen teórico, es probable que los clínicos descubran que hay poca ventaja en identificarse como "conductistas", "gestaltistas" o "analistas". Es posible que alguna forma de la teoría general de siste mas llegue a sustituir las teorías más estrechas y orientadas a la patología que la mayor parte de los clínicos han abrazado en el pasado, y por lo tanto se quiebre la división entre las "escuelas" de la psicoterapia.

6 Dudamos que tendría lugar una progresión estable en la orientación general de la Psicología clínica hacia la intervención. Es más probable que, como han observado Rappaport y Chimsky (1974), las filosofías y las metas darán vueltas en determinados ciclos, en alguna época se dará mayor importancia a determinados objetivos y luego se redescubrirá el valor de los conceptos anteriores. Los sucesos actuales proporcionan el mejor ejemplo de esta cualidad cíclica. Durante los últimos 15 años se ha acentuado la importancia de la salud mental comunitaria, una reacción obvia al interés casi exclusivo por el individuo que caracterizó al modelo médico de los años anteriores. Hoy en día el péndulo oscila de nuevo; nuestra atención se hace más introspectiva o interna. La importancia que en la actualidad se le da a la autonomía personal, la búsqueda de la autorrealización y el progreso personal, un interés renovado en la vida espiritual, y otras tendencias relacionadas son testigos que atestiguan los esfuerzos por fomentar de nuevo el desarrollo individual que se ha convertido en la meta principal de los profesionistas de la salud mental.

7 Los psicólogos continuarán dirigiendo su trabajo hacia el establecimiento de la libertad de su profesión. Es probable que la psicología organizada intensifique sus esfuerzos políticos con el propósito de que se apruebe la legislación sobre la libertad de elección. Los psicólogos clínicos necesitarán mantenerse actualizados sobre las técnicas más modernas de la psicoterapia de tal forma que continúen ofreciendo al público servicios de alta calidad. Un posible mecanismo para la educación profesional continua.

Desde luego, ninguna de estas proyecciones nos comunican el ideal por el cual debe luchar la Psicología clínica y las consecuencias negativas que debe evitar. En la búsqueda de esta sabiduría nos confiamos en las ideas de un psicólogo clínico que ha dedicado su atención seria a este aspecto:

> La Psicología clínica, después de un periodo largo como parte de una disciplina académica, está en las etapas iniciales de convertirse en una profesión. En el presente atraviesa las perturbaciones y dificultades naturales que asisten a un proceso de crecimiento de este tipo. Sin embargo, si selecciona sus estudiantes de una manera cuidadosa, en cuanto-a su personalidad e intelecto; si proporciona un entrenamiento completo, tanto en espíritu como en rendimiento; si proporciona un entrenamiento amplio y reconoce que los "especialistas"... no son psicólogos clínicos; si mantiene su flexibilidad en cuanto al entrenamiento y alienta la experimentación; si no se deja abrumar por las necesidades inmediatas en perjuicio de las metas más importantes a largo plazo; si se mantiene en contacto con su marco científico y sigue consciente de la importancia de la teoría así como de la práctica; si se mantiene modesta frente a la complejidad de sus problemas, en lugar de demostrarse pretenciosa —en otras palabras, si encuentra personas buenas les otorga un buen entrenamiento— estas perturbaciones y dificultades no deben ser motivo de una preocupación seria. Su futuro, en relación consigo misma como una profesión y para la sociedad en relación a las contribuciones que puede hacer, se puede asegurar. Afortunadamente, existen muchas razones para creer que éstas son las relaciones que prevalecen en la Psicología clínica.

Estas palabras fueron redactadas por David Shakow hace más de 30 años (1948). Son tan urgentes hoy en día como lo fueron en aquel entonces, y ofrecen un consejo muy sabio para una profesión cuyos logros en el futuro deben deslumbrar a los avances de su pasado distinguido. Se espera que este libro haya desempeñado una función importante para hacer que algunos de los lectores se motiven a unirse para la creación de ese futuro.

Apéndice: Ingreso a los estudios de postgrado en Psicología clínica[1]

John P. Fiore. M. Ed.

Universidad de Illinois en
Urbana-Champaing.

Como se mencionó en el primer capítulo, lograr ingresar a una capacitación en Psicología clínica es una tarea muy competitiva. A continuación se presentan algunas preguntas y respuestas que son importantes para el difícil camino del ingreso.

ASPECTOS GENERALES

He decidido solicitar mi ingreso a la escuela de postgrado en Psicología Clínica. ¿Qué debo hacer?

Al escoger tu programa de postgrado, desearás asegurarte de que la escuela te proporcionará el entrenamiento y el ambiente profesional que satisfaga tus necesidades. Por lo tanto debes aclarar lo más posible tus metas, objetivos y planes personales. ¿Estás más interesado en la investigación, un entrenamiento equilibrado entre la práctica y la investigación clínica, o principalmente en la práctica clínica? ¿Estás interesado en un programa a nivel de doctorado o a nivel de maestría? ¿Tienes un interés en alguna población de clientes en especial? ¿Tienes preferencias relacionadas con los tipos o ubicación de tu empleo futuro? Estas son solamente algunas de las preguntas que debes comenzar a plantearte antes de que se inicie el proceso de admisión. Aunque no tendrás respuestas definitivas para todas las preguntas posibles, las tendrás para algunas, y éstas te indicarán lo que es más importante para ti al elegir tu programa de postgrado.

[1]Este capítulo será útil sólo para quienes deseen conocer el sistema de ingreso en las Universidades de Estados Unidos.

¿Debo solicitar el ingreso a un programa de maestría y terminarlo antes de que pueda ingresar a un programa de doctorado?

Hay varios caminos que se pueden tomar para obtener el grado de doctor en Psicología clínica. Algunos programas de postgrado solamente proporcionan un entrenamiento a nivel de maestría. Muchos de los estudiantes que se gradúan de estos programas terminan su educación formal en este punto; otros solicitan el ingreso a los programas de doctorado.

Algunas escuelas que tienen estudios de postgrado tienen programas de entrenamiento separados en los niveles de maestna y doctorado y aceptan estudiantes para cada uno de ellos por separado también. El programa de maestría en estas escuelas a veces sirve de "alimentador" para el programa de doctorado. Sin embargo, cada programa está separado de tal manera que el estudiante que no entra al programa de doctorado habrá terminado un entrenamiento similar al que se ofrece en las escuelas que sólo tienen programas de maestría.

Se diseñan otros grupos de programas para preparar solamente clínicos a nivel de doctorado. Pueden obtener el grado de maestría después de que logran un número mínimo de créditos y una tesis de maestría, pero es importante saber que estos departamentos aceptan solicitudes sólo para el grado de doctorado.

¿Si logro mi grado de maestría, tendré mejores o peores oportunidades para ser admitido en un programa de doctorado?

Generalmente el hecho de que posea un grado de maestría tiene poco impacto en el status de la solicitud de un estudiante. Las escuelas de postgrado están interesadas en los mejores candidatos que puedan encontrar. Si tus méritos son excelentes, tus oportunidades de ser admitido a un programa de doctorado también son excelentes. Algunos estudiantes que piensan que necesitan mejorar sus credenciales pueden encontrar útil trabajar en un grado de maestría para lograr esa meta, pero los comités de admisión al doctorado consideran todo el trabajo académico cuando toman su decisión. Un récord académico mediocre en el grado no se mejora automáticamente porque se haya logrado un grado de maestría, pero las buenas credenciales en el grado pueden mejorar las oportunidades del estudiante para ser considerado seriamente.

¿Si escojo terminar mi entrenamiento después de obtener mi grado de maestría se limitarán mis oportunidades para desarrollar un trabajo clínico?

Aun cuando hay buenos psicólogos clínicos cuyo grado mayor es la maestría, el doctorado sigue siendo el criterio de la profesión. El consejo de representantes de la American Psichological Association adoptó las siguientes resoluciones.

> El titulo de "Psicólogo Profesional" ha sido utilizado de una manera tan amplia por personas con una gran variedad de entrenamientos y experiencias que no proporciona la información que el público requiere.
>
> Como consecuencia, la APA toma la posición y hace parte de su política que el uso de los títulos "Psicólogo Profesional", "Psicólogo escolar" y "Psicólogo industrial" se reserva para aquellos que hayan completado un programa de entrenamiento de doctorado en psicología en una universidad, colegio o escuela de psicología que esté acreditado regionalmente o por el APA. Para cubrir este criterio se reconocerá un periodo de transición para el uso del título de "Psicólogo Escolar", de tal manera que se puedan buscar maneras para incrementar las oportunidades de entrenamiento en el doctorado y mejorar el nivel de los requisitos educacionales para obtener d titulo.
>
> La APA tomará la posición y hará parte de su política que solamente aquellos que hayan terminado un programa de entrenamiento de doctorado en psicología profesional en una universidad, colegio o escuela profesional de psicología que haya sido acreditado regionalmente o por la APA esta-

> rán calificados para proporcionar servicios profesionales de una manera independiente y no supervisada, incluyéndose los servicios preventivos, de evaluación terapéuticos. Las exclusiones mencionadas anteriormente se aplican a los psicólogos escolares que no califican para proporcionar servicios profesionales independientes y no supervisados mencionados en este párrafo. Los psicólogos con licencia o certificados con el nivel de maestría que hayan logrado los estándares antiguos de la profesión son aceptados como calificados comparativamente por su educación, experiencia, examen y la prueba del tiempo, como lo son psicólogos doctorados presentes y futuros, y recibirán el título bajo la aprobación del APA para incluir como parte de su titulo la palabra "psicólogo". (APA, 1978, p vii.)

Otro hecho que debe ser considerado es que todos los estados emplean alguna forma de licencia o certificación para los psicólogos (Cap. 13). Aun cuando el requerimiento varía de estado en estado, haber obtenido un doctorado es prerrequisito en la mayoría de ellos. Antes de que decidas prepararte para el trabajo clínico obteniendo el grado de maestría debes estar seguro de que tus expectativas profesionales puedan lograrse con este grado.

¿Cómo se identifica un "buen" programa de postgrado?

Es difícil etiquetar un programa de postgrado como "bueno" o "malo". La pregunta que se debe contestar es: ¿esta escuela y programa específicos llenan las necesidades de este estudiante en particular? Ya se ha analizado el hincapié en la "investigación" versus el "clínico" y se puede obtener una idea de un programa específico carteándose con los estudiantes de postgrado y con una escuela específica. Si puedes identificar a los graduados de programas específicos, pregúntales su opinión. Otros aspectos que se deben tomar en cuenta son el tamaño del departamento y el programa, la proporción de estudiantes en la facultad, las oportunidades para una variedad de experiencias prácticas, el tamaño y la localización del campus y la comunidad, el tipo y la amplitud de recursos del departamento y la orientación filosófica particular que puede ser dominante en el programa. Tú debes considerar cualquiera de los elementos mencionados anteriormente que consideres necesarios para identificar los "buenos" programas.

Se debe tener cuidado al generalizar la calidad del departamento también para el programa. Existen algunos departamentos de Psicología que son considerados los mejores por muchos psicólogos. Ya que tu interés está en la Psicología clínica, no debes presuponer que el programa de clínica es uno de los mejores porque el departamento es uno de los mejores. Identifica cuál es el mejor para ti y juzga a cada programa confrontándolo con tus propios criterios.

¿Todos los programas de doctorado (PH.D) en Psicología clínica están dirigidos a la investigación?

Todos los programas de doctorado (Ph.D.) en psicología clínica proporcionan entrenamiento tanto de investigación como en funciones clínicas, pero existen diferencias en el énfasis de una institución a otra. Será bien recompensado tu esfuerzo para aprender el énfasis de cada programa cuando estés consiguiendo alguna otra información del programa. Observa que los programas que son *estrictamente* orientados a la investigación señalan este hecho claramente en su información y no utilizan el título "Psicología Clínica" como título (Psicopatología experimental es un sustituto generalizado).

¿Qué significa que la American Psychological Association (APA) acredite un programa de Postgrado en Psicología Clínica?

La acreditación del APA significa que el programa ha logrado un estándar mínimo de calidad (Cap. 13). La publicación del APA *Gradúate Study in Psychology* explica:

> Actualmente la APA solamente acredita programas de doctorado en Psicología clínica, Counseling y Psicología escolar. Por tanto los departamentos que no tienen dichos programas no son evaluados. Además la aprobación sólo implica que un programa ha sido voluntariamente, presentado para su examen por un grupo reconocido de personas, que tienen un nivel mínimo de aceptación para el entrenamiento en la especialidad de que se trate, y que ha estado funcionando por un periodo largo de tiempo como para haber concedido algunos doctorados en la especialidad. Pueden existir excelentes departamentos que no hayan solicitado su acreditación o que no tienen un programa de doctorado en Psicología clínica, Counseling o Psicología escolar lo suficientemente amplio para ser considerado para su aprobación. (APA, 1978, p. ix.)

PROCEDIMIENTOS PARA LA SOLICITUD

¿Cómo consigo la información inicial de las escuelas de postgrado?

Existen muchas fuentes de información y debes usarlas *todas.* Algunos de los mejores informadores son los cuerpos de maestros de psicología, principalmente los que son psicólogos clínicos. La preparación para los cursos, llevar a cabo investigación y el mantenerse al día para la práctica clínica requiere de una revisión cuidadosa de las nuevas ideas y la investigación, tanto como de una participación en los encuentros profesionales y en los talleres. Esta participación en el campo ayuda al cuerpo de maestros a conocer algo acerca de varias escuelas, del equipo de entrenamiento e investigación, la naturaleza *y-* las filosofías de diferentes programas, los cambios recientes en la dirección de ciertos departamentos y alguna otra información pertinente. Aun cuando es razonable no esperar que los maestros sepan todos o casi todos los programas de doctorado, estarán dispuestos a proporcionarte buena información acerca de muchos de ellos.

Las publicaciones profesionales y las publicaciones relacionadas son buenas fuentes de información que a menudo no se consultan. Una forma excelente de encontrar los programas que llenan tus necesidades es usar estas fuentes para identificar el cuerpo de maestros que están estudiando tópicos y que utilizan una aproximación que te interesa. Una cuidadosa investigación de la üteratura muy probablemente realzará los programas que tienen muchos maestros con los que te gustaría estudiar. Localizarás dónde están enseñando, por medio del directorio de miembros del APA (la mayoría de los Departamentos de Psicología tienen una edición reciente).

Algunos colleges o departamentos de grado tienen un grupo de consejeros para sus estudiantes. Los consejeros pueden o no ser parte del cuerpo de maestros, pero sí parte de su trabajo es ayudar en las solucitudes para el postgrado, tú puedes beneficiarte con su experiencia con anteriores estudiantes. Además si esta fuente de información no existe en tu escuela, las oficinas de todos los departamentos reciben panfletos, noticias e información general de muchos programas de postgrado en Psicología de Estados Unidos y Canadá. Haz uso de esta información; puede contestar algunas de tus preguntas e informarte de nuevos programas.

Existen numerosos libros que tienen las listas y los programas de las escuelas de postgrado. El mejor de ellos es el publicado por la American Psychological Association. Se llama *Programas de Postgrado en Psicología* (Gradúate Study in Psychotogy). Este libro se revisa anualmente y tiene más de 600 páginas de información; se incluyen las direcciones para las solicitudes, los tipos de programas y los grados ofrecidos para cada institución, el número de maestros, la información sobre ayuda financiera, la colegiatura, los requisitos de calificaciones, los requisitos de admisión, el promedio de estudiantes de postgrado y las calificaciones de las pruebas de entrada de los estudiantes que fueron admitidos el año anterior; también ofrece comentarios acerca del programa y alguna otra información valiosa. Puedes comprar una copia de esta publicación en la APA, 1200 de la calle 17 N.W., Washington, D.C. 20036. El costo del libro para el periodo 1979-80 fue de $6.00.

Por último tu biblioteca debe tener catálogos de la mayoría, si no es que de todas las universidades. Una vez que hayas identificado los programas de Psicología clínica que te entregan, estudia el catálogo de la universidad para obtener una noción de la estructura general de la universidad y sus requisitos. Si se presentan las descripciones de las materias, es posible que puedas identificar el acento particular de un programa.

¿Cuántos programas posibles en Psicología clínica debo incluir en mi lista inicial?

Tu lista inicial debe incluir tantos programas como sea posible. El libro *Programas de Postgrado en Psicología* del APA incluye casi todos los programas de psicología clínica en Estados Unidos y Canadá. En la medida en que uses las diferentes fuentes de información mencionadas anteriormente y decidas acerca de tus preferencias de lugar, grado, etc. empezarás a eliminar sistemáticamente programas de tu lista inicial. Una vez que hayas eliminado tanto programas como sea posible, usando la información recopilada, deberás escribir a cada escuela para pedir descripciones. Esto te permitirá continuar reduciendo la lista en base a nueva información.

¿Cuándo debo escribir a los programas de postgrado para pedir información?

Debes pedir la información en agosto o septiembre, con un año de anticipación, aproximadamente, a la fecha proyectada de admisión (Por ej., Septiembre de 1981 para otoño de 1982). Pedir información más temprano ocasionará que recibas información antigua o hará que te pongan en la lista de espera hasta que el material informativo esté disponible. Si haces tu petición muy tarde puede que el material no llegue a tiempo y entonces no puedes hacer uso efectivo de él. Recuerda que tendrás preguntas que surjan de tu lectura del material y desees escribir a algunos departamentos antes de tomar tu decisión final acerca de si solicitas tu ingreso en ellos o no. Todo esto requiere tiempo. ¡Dátelo completamente!

Cuando escriba para pedir información para la solicitud, ¿Qué debo pedir y qué formato debo usar?

Al menos debes pedir información acerca del programa de Psicología clínica, las formas de aplicación a la escuela de postgrado, un programa de la escuela de postgrado y el catálogo del curso, la información sobre ayuda financiera, las formas para la solicitud de ayuda financiera y una lista del cuerpo de maestros y sus intereses de investigación.

No es necesario que tu petición sea muy elaborada. Puede ser suficiente una tarjeta postal o una carta, que ya tenga el formato, dirigida al comité de admisión de postgrado, pero asegúrate que esté incluida toda la información que necesitas.

¿Cuándo debo hacer mi solicitud?

Aun cuando las fechas límites para las solicitudes varían según los departamentos, la mayoría tienen fecha entre febrero primero y quince. Algunos las tienen en diciembre mientras que otros (la mayoría de los programas de maestría) los piden hasta agosto. Una regla de seguridad es usar el primero de febrero como una fecha personal de hacer la solicitud a excepción de las escuelas en que la fecha límite sea anterior. Algunas escuelas que tienen fechas posteriores han seleccionado a los estudiantes en la forma en que las solicitudes van llegando. Por tanto tendrás una ventaja si mandas tu solicitud más pronto.

Enviar muy temprano las solicitudes (septiembre u octubre) no tiene sentido ya que los departamentos no están "tan burocratizados" en su proceso de admisión. Además las califica-

dones que se requieren (lo cual será explicado más adelante) no están disponibles al principio del año escolar.

¿A cuántos programas debo solicitar mi admisión?

Es difícil indicar un número específico de solicitudes que sea el indicado para todos los estudiantes. Recuerdo dos casos: un estudiante hizo su solicitud a seis universidades y fue aceptado en todas, mientras que otro solicitó a 27 y solamente fue admitido en una. Por regla general debes solicitar tu ingreso a tantos programas como puedas pagar. Entre mayor sea la cantidad de solicitudes que pidas, será mayor la oportunidad de que seas aceptado en alguno. Una vez que te hayas decidido en una lista final de universidades, plantéate lo que harás en caso de que ninguna de ellas te acepte. Quizá en este momento deberías añadir uno o dos programas que funcionen como "válvulas de seguridad" por si no logras entrar a donde deseas. Sin embargo, no solicites ingreso a los programas que en verdad no consideres aceptables. Este tipo de solicitudes desperdician el tiempo de los comités de admisión, tu tiempo (y dinero) y pueden prevenir que sea admitido un aspirante serio.

¿Cuánto cuesta una solicitud?

El precio total de las pruebas de ingreso puede ser entre $13.00 y $40.00 dólares. Las tarifas de admisión por lo general son gratis o pueden costar hasta $25.Q0dólares. El costo por envío de documentos académicos (generalmete $1.00 dolar cada uno), otras tarifas más de reportes de pruebas, el envío por correo, y las llamadas telefónicas pueden aumentar rápidamente tus gastos. Un costo promedio total de $25.00 dolares por cada solicitud es aproximadamente lo que debes planear.

CALIFICACIONES Y MÉRITOS

¿Qué tipo de cursos y experiencias me ayudarán para ser admitido?

Tu departamento de licenciatura habrá elaborado un área mayor de preparación para el postgrado que cubra tus necesidades. Es probable que esta área incluya un programa básico de introducción a la Psicología estadística, y psicología experimental (con un laboratorio). Estos son los requisitos mínimos de la mayoría de los programas de postgrado, sin importar el campo de especialización. Además de estas materias básicas y un tanto de psicología, los programas de doctorado a menudo desean algunos estudios de matemáticas, actividades de laboratorio en otras ciencias y cursos de ciencia computacional. Recuerda que los programas de postgrado buscan a los mejores estudiantes que puedan encontrar, de tal forma que es esencial una preparación académica fuerte.

Además de la participación en los cursos requeridos, la investigación independiente, como una tesis de bachillerato (licenciatura), o alguna experiencia como asistente de un maestro que conduzca actividades de investigación pueden ser méritos a tu favor. Esto no solamente te proporciona la experiencia que se desea, si no que también permite que los supervisores docentes observen tu potencial para las empresas académicas e incluyan sus evaluaciones e impresiones en sus cartas de recomendación.

Los Departamentos de Psicología no esperan que ingreses a sus programas como un clínico entrenado, pero exploran si existe alguna evidencia sobre tu participación en "relaciones de ayuda" (helping relationships). La práctica y el trabajo voluntario relacionado te beneficiaran para asentar que tu decisión vocacional se basa en determinada experiencia directa del campo. Recuerda que las impresiones de lo que parece que es ocuparte de una disciplina y las experien-

cias verdaderas de trabajo, con frecuencia pueden ser muy diferentes. Es importante que conozcas en qué te estás metiendo cuando elijas la Psicología clínica como carrera.

¿Cuál es el promedio de calificaciones que se requiere para ser aceptado?

Los requisitos del promedio de calificaciones vanarán en los diferentes programas, grados e instituciones. Algunos comités de admisión se interesarán por el promedio de los cuatro años de la licenciatura, mientras que otros únicamente considerarán los dos últimos años. En el caso de los programas de Psicología clínica a nivel de doctorado, un promedio de 3.5 (en un sistema de 4 puntos, donde 4 representa la nota óptima) por lo general se considera el requisito *mínimo* de calificaciones. En escuelas muy competitivas, el requisito de 3.7 puede ser más común, pero también se consideran otros criterios. No es raro que un departamento prefiera a un estudiante con un promedio de 3.5 en lugar de uno con 4.0, cuando los otros datos de admisión (puntajes en las pruebas, experiencias de investigación, selección de materias y otros) son más compatibles con las metas, requisitos, y enfoque del programa.

Por lo general, el ingreso a los programas de maestría es un asunto menos competitivo que el de los programas de doctorado. Muchos programas de maestría ponen como requisito un promedio de B (aproximadamente 2.75), aun cuando el estudiante admitido generalmente tiene una B firme (3.25) como promedio.

¿Qué evaluación se hace al solicitar la admisión a la escuela de postgrado?

La mayoría de las escuelas de postgrado usan las pruebas estandarízadas para ayudarse en la evaluación. La más común es el Examen de Registro de Postgrado (GRE) y el test de Analogía de Miller (MAT).

El test de aptitudes GRE es descrito en el *Boletín de Información del GRE* de 1978-79 como sigue:

> El test de GRE evalúa las habilidades verbales generales, cualitativas y analíticamente, que son importantes para el éxito académico. Para los propósitos de la prueba, la aptitud se define como la capacidad desarrollada. La prueba no sólo refleja tus capacidades sino también la oportunidad y el esfuerzo que ha contribuido al desarrollo de esas habilidades. La prueba de Aptitudes como otros tests estandarizados, hace posible comparar a los estudiantes con otros a pesar de sus antecedentes individuales. Una calificación del GRE de 500, por ejemplo, tiene el mismo significado aun cuando haya sido obtenido por un estudiante de una escuela chica privada de artes liberales o un estudiante de una universidad pública grande.
>
> Para ser adecuada en la medida de lo posible a todos los examinados, que están caracterizados por una amplia gama de intereses, habilidades y disciplina, la parte verbal del test de aptitudes debe emplear necesariamente preguntas que provienen de áreas diversas de experiencia, de las actividades de la vida diaria y del tiempo de las relaciones humanas, y de categorías tan amplias de intereses académicos tales como las ciencias, los estudios sociales y las humanidades. La parte cuantitativa supone una familiaridad con la aritmética, la geometría plana y el álgebra que pueden haber sido aprendidos en el bachillerato por la mayor parte de los estudiantes. Las preguntas de la parte analítica evalúan las habilidades de análisis requeridas y desarrollo en casi todos los campos de estudio. No se necesita un entrenamiento especial en lógica, métodos o análisis para contestar bien las preguntas de varios tipos y grados de dificultad, y se ha intentado evitar los prejuicios que favorecen algunos antecedentes particulares de un sexo sobre otro. (Servicio de pruenas educacionales, 1978, p. 16).

La prueba de Psicología avanzada del GRE señala en su información de 1978-79 lo siguiente.

> Las preguntas de la prueba de Psicología avanzada han sido extraídas de los cursos que más comúnmente se ofrecen en el campo de la psicología. .. Las preguntas de la prueba a menudo re-

quieren que el estudiante a los psicólogos relacionados con determinadas teorías o conclusiones y que recuerden información de psicología. Además, en algunas preguntas, se pide un análisis de relaciones, aplicación de principios, sacar conclusiones de datos experimentales y evaluar experimentos. Las preguntas en la prueba de Psicología avanzada del GRE están:

1 Orientadas a las ciencias naturales o experimentales, con preguntas distribuidas de igual manera entre la Psicología del aprendizaje, la Psicología fisiológica y comparativa, y la Psicología perceptual y sensorial.

2 Dirigida a lo social y a las ciencias sociales con preguntas también distribuidas homogéneamente entre la Psicología de la personalidad, la Psicología clínica y anormal, y la Psicología social y del desarrollo.

3 Formuladas sobre los conocimientos generales que incluyen aspectos históricos de la Psicología y aplicadas, estadística y medición.

La prueba de aptitudes se aplica por la mañana de cada fecha de prueba, mientras que la prueba avanzada se aplica por la tarde. Cada prueba toma aproximadamente tres horas.

El boletín informativo del GRE incluye todo el material de aplicación y se puede obtener en la mayoría de las universidades si la pides a la siguiente dirección:

Gradúate Record Examination
Box 955
Princeton, New Jersey 08541

Las tarifas básicas en 1978-79 fueron de $13.00 dólares para la prueba de aptitudes y $13.00 dólares para la prueba avanzada.

La prueba de Analogías de Miller (MAT) consiste de 100 reactivos de analogías verbales muy difíciles. A pesar de que no se utiliza el MAT tan ampliamente como el GRE, una cantidad considerable de programas piden los puntajes del MAT. Como en el caso de GRE, la aplicación de esta prueba a menudo se lleva a cabo en las localidades de las universidades. En la siguiente dirección se puede obtener mayor información acerca del MAT y los sitios donde se aplica:

Psychological Corporation
304 East 45th Street
New York, New York 10017

¿Debería yo tomar tanto la prueba de aptitudes del GRE como la avanzada?

Debido a que por lo general se requiere de la Prueba de Aptitudes, no tienes otra opción más que tomarla. Pero en cuanto a la prueba avanzada, tu decisión estará determinada, en parte, por las universidades que hayas elegido. Si aún no te has decidido por una lista particular de universidades, más vale que tomes tanto la prueba de aptitudes como la avanzada. Si solamente deseas enviar los resultados de la prueba de aptitudes o solamente los resultados de la prueba avanzada, el Servicio de Pruebas Educativas respetará tu petición.

¿Cuándo debo presentar el examen de registro de postgrado

La mayoría de los estudiantes escogen realizar el examen en la fecha del mes de octubre en el otoño de su cuarto año universitario. Por lo común los resultados de este examen se envían por correo a los estudiantes y universidades a fines del mes de noviembre.

Existen seis fechas de prueba que se programan cada año. El Servicio de Pruebas Educativas, informa que se tarda aproximadamente seis semanas en calificar las pruebas y enviar los resultado por correo. Por consiguiente, lo más tarde que puedes presentar el examen en una de las fechas programadas es por lo menos seis semanas antes de la fecha limite de solicitudes de

una determinada institución. Si el 1 de febrero es la fecha límite, solamente llegarán dentro del término los resultados de las pruebas que se presenten en octubre y diciembre.

Cuando selecciones las fechas de las pruebas recuerda que es muy probable que tomes tanto la prueba de aptitudes como la avanzada. Pueden ser bastante agotadoras tres horas matutinas y tres vespertinas consecutivas de pruebas en un solo día, de tal forma que algunos estudiantes toman la prueba de aptitudes en una fecha y la avanzada en otra.

Otra consideración importante al seleccionar las fechas de las pruebas es si deseas *tú* utilizar los resultados que hayas obtenido para tomar decisiones acerca de las universidades donde harás tus solicitudes. Si eliges fechas que son bastante distantes del envío de resultados a las instituciones, gozarás de suficiente tiempo como para revistar tus puntajes, consultar a tus asesores, y revisar la información importante de las universidades. Por ejemplo, el *Gradúate Study in Psychology* del APA presenta una lista de puntajes promedio en el GRE para los estudiantes que han sido aceptados en determinadas universidades. Los estudiantes que solicitan su ingreso a los programas de postgrado sin conocer sus calificaciones en el GRE están aceptando un riesgo. Las calificaciones en el porcentil 90 permiten solicitar a un conjunto diferente de escuelas que los del percentil 40. Es mejor estar bien informado cuando haces tu solicitud para ahorrar dinero y tiempo, como también para aumentar tus oportunidades de ser admitido a un programa de Psicología clínica.

Una estrategia de programar las pruebas que ha funcionado bien para algunos estudiantes es presentar el test de aptitudes de junio, al final de año de juniorado (the sénior year). Así el verano les sirve para revisar la prueba avanzada de Psicología que se presenta en octubre. Esto da un tiempo para volver a presentar la prueba si es necesario y utilizar los resultados para escoger las escuelas.

¿Puedo estudiar para las pruebas?

Existen muchos libros de "como prepararte" en el mercado. Generalmente proporcionan una revisión de matemáticas y de vocabulario, te dan sugerencias para presentar las pruebas, y te dan ejemplos de los reactivos del GRE. El *Boletín de Información* del GRE proporciona una muestra del test de aptitudes del GRE. Estas fuentes te pueden ayudar a familiarizarte con los tipos y las formas de preguntas que probablemente encontrarás y te darán la práctica para calcular tu tiempo y calmarte durante un examen.

Uno puede revisar la parte cuantitativa del test de aptitudes, especialmente si has estado alejado de las matemáticas. Repasar tu álgebra básica y la geometría te ayudará durante el examen al reducirse el tiempo que necesitas para resolver problemas. Los estudiantes han reportado que el tipo y forma de preguntas de la parte cuantitativa de la prueba es fácil pero tardado. Debes conocer tu periodo de "calentamiento" en matemáticas para que puedas trabajar mejor y con precisión.

Algunas de las fuentes que los estudiantes utilizan para prepararse para el test de aptitudes del GRE son las siguientes:

Brownstein, S., & Weiner, M. *Barrons's How to Prepare for the Gradúate Record Examination* (3rd ed.). Woodbury, New York: Barron's Educational Series, 1978.

Gruber, E. C, & Gruber, G. *The Gradúate Record Examination Aptitude Test.* New York: Monarch Press, 1978.

Turner, D.R. *GRE* (4th ed.). New York: Arco, 1975.

Por lo que toca al test avanzado en Psicología, recuérdese que cubre todas las áreas de la Psicología. Nombres, teorías y definiciones probablemente serán partes de la prueba, como también los conceptos básicos. No se espera que todos conozcan todas las áreas; de manera que si usted no ha tenido contacto con determinados aspectos de la Psicología, no dude que

tendrá dificultades con algunas preguntas. Se puede preparar para el test avanzado en Psicología con un libro de texto de introducción a la Psicología, como los siguientes:

Bourne, L. E., & Ekstrand, B. R. *Psychology: Its Principies andMeanings* (3rd ed.). Hinsdale, Illinois: The Dryden Press, 1979.

Hilgard, E.R., Atkinson, R.E., & Atkinson, R.L. *Introduction to Psychology* (7th ed.). New York: Harcourt, Brace, Jovanovich, 1979.

Zimbardo, P. G. *Psychology and Life* (10th ed.). Glenview, Illinois: Scott, Foresman, 1979.

Los libros que relatan la historia de la Psicología y sus sistemas serán útiles también para la preparación del examen:

Chaplin, J.P., & Krawiec. T.S. *Systems and Theories of Psychology.* New York: Holt, Rinehart, Winston, 1974.

Marx, M. H., & Hillix, W. S. *Systems and Theories in Psychology* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill, 1979.

Otras ayudas en la preparación del test avanzado del GRE en Psicología incluyen:

Palmer, E.L. *Barron's How to Prepare for the Gradúate RecordExamination—Advanced Psychology Test.* New York: Barron's Educational Series Inc., 1978.

Millman, S., & Nesbett, R.E. *Graduate Record Examination, Psychology Advanced Test* (2nd. ed.). New York: Arco, 1977.

Preparation sources for the MAT incluide:

Gruber, G.K., & Gruber, E.G. *Preparation for the Miller's Analogies Test.* New York: Monarch Press, 1976.

Stienberg, R. J. *Barron's How to Prepare for the Miller's Analogies Test* (2nd ed.). New York: Barron's Educational Series, Inc., 1978.

¿Necesitaré cartas de recomendación para mis solicitudes a la escuela de postgrado? ¿En caso de que sí, cuántas deberé enviar y de quién?

La gran mayoría de los programas de postgrado en Psicología Clínica requieren de tres cartas de recomendación. Por lo menos dos de estas cartas deben ser académicas, es decir de maestros de Psicología que tienen un conocimiento pleno de tu aptitud académica. Si los maestros de otras disciplinas pueden proporcionar una imagen más completa de tus logros académicos y de tu capacidad para los estudios de postgrado, pídeles que te escriban las cartas. Es más importante la calidad de la recomendación que el hecho de que sea un psicólogo.

También te pueden ayudar las cartas de supervisores de prácticas o trabajos relacionados que hayas realizado, debido a que contribuyen a establecer tu éxito en las actividades dentro del campo de la salud mental. Las cartas de otro tipo de "personas importantes" tales como senadores, gobernadores, y otras figuras políticas no te benefician. Por lo general, estas cartas solamente dicen "Se me pidió que escribiera. . ." y "por favor denle a este estudiante una consideración completa." Lo más probable es que estas cartas den la impresión de que el estudiante se siente incapaz de "obtener éxito" por sí solo. A menos que la persona que escriba la carta esté en una posición para juzgar la capacidad del aspirante como estudiante de postgrado o clinico, este tipo de cartas de personajes especiales no se deben enviar.

¿Qué debo saber acerca de cómo pedir las cartas de recomendación?

En primer lugar pide permiso antes de usar el nombre de alguien como referencia. Muchos maestros querrán platicar contigo acerca de tus planes y objetivos académicos y ocupaciona-

les antes de estar de acuerdo en escribir una carta. Algunos te pedirán que les proporciones una mayor información escrita acerca de ti mismo y querrán analizar esta información contigo; siéntete preparado para hacerlo.

Es apropiado que les proporciones a los maestros la información acerca de ti mismo. Los maestros que tienen muchos alumnos pueden olvidarse con facilidad del trabajo de un estudiante, la fecha en que cursó determinadas materias y otros detalles. Asimismo, no es raro que un maestro no conozca más acerca de un estudiante que lo que ha observado en la situación del salón de clase. El conocimiento general sobre las actividades, los logros y las ocupaciones de un alumno pueden complementar los contactos del aula de tal forma que se eleve el tono y contenido de una carta de referencia.

A continuación se presenta una lista de los aspectos informativos que debes proporcionar a' los maestros que consienten en escribir una carta de referencia:

1 Tu nombre completo.

2 Área mayor, menor, curriculum y especialización.

3 Un cálculo de tu promedio de calificación en tu área mayor, en todas las materias, y de tu rendimiento a partir del tercer año de la universidad.

4 Tus documentos académicos como también la lista oficial de materias y calificaciones correspondientes de la universidad.

5 Una lista de cursos de laboratorio de psicología que hayas tenido.

6 Una descripción de otras experiencias de investigación inclusive comentarios acerca de tu participación plena (adjunta a una copia de cualquier artículo principal de investigación en que hayas colaborado).

7 Una lista de sociedades, clubes, y organizaciones a los que perteneces, acompañados de comentarios acerca de tu participación (debes incluir cualquier puesto de responsabilidad que hayas ocupado).

8 Un análisis breve de los trabajos y actividades voluntarias que hayas realizado. Algunos es tudiantes tienen grandes cargas de trabajo al mismo tiempo que están inscritos como estudiantes de tiempo completo con el fin de costear su educación, se debe incluir este tipo de información.

9 Un esquema acerca de tus planes y metas personales y profesionales.

10 Cualquier otra información que pueda ser apropiada que esta persona conozca acerca de ti cuando escriba la carta de recomendación.

Asegúrate de pedir las cartas y enviar las referencias *con tiempo.* Recuerda que los maestros a menudo escriben cartas para varios estudiantes; dales suficiente tiempo para que preparen la tuya. Para reducir la posibilidad de errores y acelerar el proceso.

1 Incluye un sobre con el domicilio escrito y con su timbre postal para cada programa al que se le envía una recomendación.

2 Cuando se incluyen algunos formatos, *tu nombrey* cualquier otra información, que no sea parte de la recomendación formal, deberá ser llenada a máquina en los espacios indicados. No *envíes cartas en blanco a las personas que te van a recomendar.*

3 Incluye una lista de las escuelas a las que se deba mandar una recomendación. Señala las que tienen formas para completar y las que no. Esto puede ser útil posteriormente para el que escribe como una lista de referencia contra la cual puedan ser comparadas las referencias.

¿Podré ver mi carta de recomendación?

Las cartas de recomendación no son confidenciales a menos que renuncies a tu derecho a verlas. Sin embargo, se te recomienda que lo hagas así, ya que algunos piensan que quien escribe una

carta de recomendación hará una evaluación sincera, si sabe que el estudiante no verá la carta. Si tú estás intrigado por lo que la carta puede decir, pregunta al que la va a escribir si puede escribir la carta *apoyando* tu solicitud.

¿Son necesarias las entrevistas personales?

Cuando las entrevistas son parte del procedimiento de admisión, es posible que se lleven a cabo después que el comité de admisión haya reducido considerablemente el número de solicitantes. Las entrevistas se realizan generalmente en el campus de la universidad, pero cuando una visita requiere un largo viaje, un representante de la escuela puede entrevistar a los solicitantes en alguna población cercana a su lugar de residencia. En ocasiones se usan las entrevistas por teléfono, pero esto es más la excepción que la regla. Por otro lado, un estudiante que ya ha sido entrevistado en persona debe estar preparado para recibir una llamada telefónica de seguimiento. Cuando ya se ha tomado la decisión final el comité puede desear hacer más preguntas a algunos candidatos.

Es razonable y apropiado que un solicitante visite varias escuelas y hable con los representantes de los departamentos y con los estudiantes de postgrado acerca de sus programas. Estas pláticas pueden ser útiles para decidir si se solicita o no algún ofrecimiento de admisión. *No* es adecuado llegar sin cita con los representantes del departamento. Haz una cita con anticipación llamando al jefe del departamento y pídele una entrevista con los miembros del programa de Psicología Clínica y con los estudiantes de postgrado. Prepárate para exponer brevemente tus preguntas y ten algunas fechas alternativas antes de hablar.

¿Se requiere que represente mis calificaciones de pregrado?

La mayoría de los programas piden tus calificaciones de bachillerato de cada institución en que hayas estudiado. No aceptaran un resumen de la copia de la última escuela en que hayas estudiado, se requiere una copia por separado de cada institución. Deberás averiguar por teléfono el costo de las copias originales de las escuelas en que hayas estudiado. Una vez solucionado esto, escribe una carta al director de calificaciones de alumnos de cada escuela, añadiendo una lista de las instituciones a donde quieres que envíen las calificaciones. Incluye un cheque con la cantidad requerida.

LA AYUDA FINANCIERA

¿Qué clase de ayuda financiera se puede obtener para los estudios de postgrado?

La ayuda financiera se da de tres maneras: préstamos, becas y programas de trabajo. Las principales fuentes de ayuda financiera son las mismas universidades. Obviamente esta ayuda está dirigida sólo a sus propios estudiantes. Otras fuentes son los programas de préstamos garantizados (muchos de los cuales son patrocinados por los gobiernos de los estados) y los premios nacionales que son competición y tienen sus reglamentos para solicitarse. Estos se conceden directamente al estudiante para ser usados en una escuela de su elección. Un ejemplo de este tipo de ayuda es la beca de graduados de Danforth que da ayuda por cuatro años. Se concede a bachilleres que pretenden obtener el grado máximo de su especialidad o campo y que tienen un interés serio en la enseñanza en los bachilleratos. Los estudiantes que hacen su solicitud para los programas de Psicología Clínica y que tienen la intención de enseñar en los bachilleratos o universidades son buenos candidatos.

Ya que la disponibilidad de estos premios nacionales y becas cambia frecuentemente debes buscar la información más reciente en la oficina de ayuda financiera en tu escuela o en las universidades en las que están solicitando tu ingreso.

Aun cuando la ayuda financiera se recibe generalmente a través del programa en el que eres admitido, es muy importante que leas cuidadosamente la información de la ayuda que recibirás con el material para la solicitud.

Los programas de préstamos existen en la mayoría de las universidades como una forma de ayudar a los estudiantes a invertir en su propio futuro. Generalmente implican un interés bajo y los pagos empiezan después de que los estudiantes salen de la universidad.

Las *pensiones* y las *becas* se dan en muchas universidades como becas completas para apoyar y estimular a los estudiantes muy brillantes que tienen un excelente potencial. Estos son pocos en número y de naturaleza muy competitiva.

Las ayudas se dan de dos maneras: ayudas para investigación y ayudas para los ayudantes de los maestros. Ambos son *trabajos* que se desarrollan en la universidad que requiere que los estudiantes de postgrado ayuden a los maestros en los proyectos de investigación o en las responsabilidades de la enseñanza (por ej., como líderes de grupos de discusión, instructores de laboratorio, etc). Esto requiere de unas 10 o 20 horas de trabajo cada semana.

Algunos programas han recibido ayuda del gobierno federal para proporcionar *capacitación* Psicología clínica (véase el Cap. 2 y 13). Por tanto puede haber fondos disponibles para entrenamiento para un limitado número de alumnos en algunas instituciones; al igual que las pensiones son totalmente gratuitas, pero requieren que lleves un programa muy pesado.

No se ofrecen todos los tipos de ayuda en todas las escuelas. Asegúrate sobre lo que se ofrece en cada escuela y en cada nivel del postgrado. Lee cuidadosamente la información financiera que recibirás.

¿Existe ayuda disponible de departamentos diferentes a los que uno ha solicitado ingresar?

Diversos tipos de ayuda pueden estar disponibles en algún campus. Si has sido aceptado en un programa que cuenta con poca o ninguna ayuda, verifica la disponibilidad de ayuda en otros departamentos. Por ejemplo, las residencias emplean a estudiantes de grado como consejeros. Los departamentos de licenciatura pueden tener más pensiones que los departamentos de grado y así "imparten" pensiones de su área correspondiente. Identifica tus habilidades y experiencias y busca trabajos que estén de acuerdo con ellas.

¿Todos los paquetes de ayuda implican la misma cantidad de dinero?

La ayuda financiera variará de universidad a universidad y entre los departamentos de la misma universidad. Por ejemplo, una escuela puede dar más dinero, pero se le pide a los estudiantes que paguen su colegiatura y su inscripción. Otras darán menos dinero, pero pagarán la colegiatura y otros gastos. Algunas ayudas financieras para los internados proporcionan el cuarto y la manutención solamente, otras proporcionan el cuarto, la manutención, las colegiaturas y los otros pagos. Si la cantidad de la ayuda financiera es un factor importante para tu selección del programa de postgrado, debes estar seguro tanto de la cantidad que recibirás como de los costos que tendrás que afrontar antes de que tomes tu decisión final de aceptar o rechazar un ofrecimiento de admisión.

¿Se requieren cartas de recomendación adicionales cuando se solicita la ayuda financiera?

A veces se pide una solicitud por separado y cartas de referencia para poder poner en consideración la ayuda financiera. Generalmente las cartas de referencia son copias de las que usan los departamentos en el proceso de admisión. Las cartas de referencia generalmente se usan para evaluar el potencial académico del estudiante, no la necesidad financiera. Lee tu solicitud cuidadosamente para determinar qué se requiere para solicitar ayuda financiera, y recuerda que *algunas veces las fechas límite para solicitar ayuda financiera son anteriores a las fecha límite para solicitar tu admisión a los programas de postgrado en psicología clínica.*

OTRAS PREGUNTAS IMPORTANTES

¿Existen algunas cosas que tengo que hacer para el último momento al solicitar mi ingreso.

Una vez que hayas recibido tus formas de solicitud, te convienen revisar junto con cada departamento al que hayas solicitado tu ingreso si todos tus trámites de solicitud están completos. Cada año, no se consideran algunas solicitudes debido a que los estudiantes no estaban enterados acerca de que sus trámites estaban incompletos. Algunos departamentos notifican a los estudiantes cuando les faltan sus cartas de recomendación o sus calificaciones en el GRE, pero muchos no lo hacen. Para eliminar este problema potencial, pídele a cada departamento que verifique que tu solicitud esté completa. No se te olvide enviar un sobre con tus datos de dirección y con el timbre postal para que te envíen la respuesta. La siguiente nota breve y lista son un ejemplo de lo que puedes enviar.

Comité de Admisión de Postgrado
Departamento de Psicología
Universidad de Illinois Champaign,
Illinois 61820

A quien corresponda:

He solicitado ingreso a su programa de postgrado en psicología clínica. Debido a que tengo un gran interés en que me admitan, quisiera verificar si mi **expediente de admisión está completo.** Adjunto una lista con los documentos que envié y un sobre con timbre, dirigido a mí mismo, para que me proporcionen dicha información. Agradezco de antemano su cooperación.

Sinceramente,
Mary Smith

Fecha: ________________ (Por favor anote los renglones apropiados)

	Recibido
Solicitud de admisión	________
Solicitud de asistencia económica	________
Puntajes de la prueba de aptitudes del GRE	________
Puntajes de la prueba avanzada del GRE	________
Puntajes de la prueba de analogías de Miller	________

Cartas de recomendación de:
Profesor Abigail Jones ________
Profesor Herbert Long ________
Sr, Ben Wright ________
Documentos académicos de:
City Júnior College ________
Universidad de Colorado ________
¿Existen algunos otros documentos que ustedes pidan que yo no haya enviado?
____
____
(Por favor regresar la lista en el sobre con timbre)

¿Cuándo me admiten a un programa, de cuánto tiempo dispongo para tomar una decisión acerca de aceptarlo?

La mayor parte de los ofrecimientos se hacen con una fecha límite específica antes de la cual debes aceptarlos o rechazarlos. En el caso de la mayoría de los programas de doctorado la fecha limite es el 15 de abril. El consejo de las escuelas de postgrado adoptó esta fecha con el fin de proteger que los estudiantes no estuvieran presionados para tomar decisiones antes de que tuvieran información acerca de todas sus opciones. La declaración del consejo afirma:

> La aceptación de cualquier ofrecimiento de una beca, asistencia, entrenamiento o ayuda para los estudios de postgrado, para el siguiente año académico, por parte de un estudiante o estudiante posible, cierra el acuerdo que tanto el estudiante como la escuela de postgrado esperan respetar. En aquellos casos en los cuales el estudiante indica su aceptación antes del 15 de abril y posteriormente desea cambiar sus planes, puede poner por escrito su renuncia en cualquier momento antes del 15 de abril, con el fin de aceptar otra beca asistencial, entrenamiento o ayuda para los estudios de postgrado. Sin embargo, la aceptación notificada o que no se cancela antes del 15 de abril lo compromete a no aceptar otra designación sin haber obtenido la baja formal. (APA, 1978, pág. xi.)

Desde luego, si la asistencia económica como se describe en esta declaración no forma parte del trámite, el estudiante no tiene la misma obligación. En estos casos, sin embargo, la cortesía dicta que informes al departamento lo más pronto posible. El departamento lo apreciará y puede proporcionar la plaza para otro estudiante. Si no recibes una carta de aceptación en el mes de abril, la puedes recibir en una fecha posterior a medida que algunos estudiantes rechazan los ofrecimientos de ingreso.

REFERENCIAS

Abel, G.G. Assessment of sexual deviation iH the male. In M. Hersen & A.S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. Oxford: Pergamon Press, 1976, pp. 437-457.

Abel, G.G., Blanchard, E.B., Barlow, D.H., & Mavissakalian, M. Identifying spécific erotic cues in sexual deviations by audiotaped descriptions. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1975, *8*, 247-260.

Abels, B.S., & Brandsma, J.M. *Therapy for couples*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1977.

Abood, L.G. A chemical approach to the problem of mental illness. In D. D. Jackson (Ed.), *The etiology of schizophrenia*. New York: Basic Books, 1960, pp. 91-119.

Abramowitz, S.I., Abramowitz, C.V., Jackson, C, & Gomes, B. The politics of clinrcal judgment: What nonliberal examiners infer about women who do not stifle themselves. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, *41*, 385-391.

Abramson, E., & Wunderlich, R.A. Anxiety, fear, and eating: A test of the psychosomatic concept of obesity. *Journal of Abnormal Psychology*, 1972, *79*, 317-321.

Ackerman, N.W. *The psychodynamics offamily Ufe*. New York: Basic Books, 1958.

Adams, H.E., Doster, J.A., & Calhoun, K.S. A psychologically based system of response classifícation. In A. R. Ciminero, K.S. Calhoun, and H. E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment*. New York: Wiley, 1977, pp. 47-78.

Adler, A. *The practice and theory of individual psychology*. Paterson, N.J.: Littlefield, Adams, 1963.

Adler, A. *Problems of neurosis.* New York: Harper & Row, 1964.

Akutagawa, D.A. *A study in construct validity of the psycho-analytic concept of latent anxiety and a test of projection distance hypothesis.* Unpublished doctoral dissertation, University of Pittsburgh, 1956.

Albee, G.W. Conceptual models and manpower requirements in psychology. *American Psychologist,* 1968, *23,* 317-320.

Albee, G.W. The uncertain future of clinical psychology. *American Psychologist*, 1970, *25*, 1071-1080.

Albee, G.W. About Dr. Shakow, the March of Dimes, the triumph of truth, and ángel " food. *The Clinical Psychologist,* 1975, *29,* 9-10. (a)

Albee, G.W. To thine ownself be true. Comments on "insurance reimbursement." *American Psychologist*, 1975, *30,* 1156-1158. (b)

Albee, G.W. Does including psychotherapy in health insurance represent a subsidy to the rich from the poor? *American Psychologist*, 1977, *32*, 719-721.

Alberti, R.E., & Emmons, M.L. *Your perfect right: A guide to assertive behavior.* San Luis Obispo, Calif.: Impact Publishers, 1974.

Alden, L., Rappaport, J., & Seidman, E. College students as interventionists for primary grade children: A comparison of structured academic and companionship programs for children from low income families. *American Journal of Community Psychology,* 1975,5,261-272.

Alexander, F. *The medical valué of psychoanalysis.* New York: Norton, 1937.

Alexander, F. Psychoanalysis and psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association,* 1954, 2, 722-733.

Alexander, F.M. *Fundamentáis of psychoanalysis.* New York: Norton, 1963.

Alexander, F.M. *Psychoanalysis and psychotherapy.* New York: Norton, 1956.

Alexander, F.M, & French, T.M. *Psychoanalytic therapy.* New York: Ronald Press Co., 1946.

Alexander, LE. Postdoctoral training in clinical psychology. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of Clinical Psychology*. New York: McGraw-Hill, 1965.

Alexander, J.F. Defensive and supportive Communications in normal and deviant families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, *40*, 223-232.

Alexander, J.F., & Parsons, B.V. Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal ofAbnormal Psychology,* 1973, *81,* 219-225.

Alien, G.J. The effectiveness of study counseling and desensitization in alleviating test anxiety in college students. *Journal of Abnormal Psychology,* 1971, *77,* 282-289.

Allport, F.H. *Social psychology*. Cambridge, Mass.: Riverside Press, 1924.

Allport, G.W. The use of personal documents in psychological science. *Social Science Research Council Bulletin,* 1942, No. 49.

Allport, G.W. *Pattem and growth in personality.* New York: Holt, Rinehart, Winston, 1961.

Allport, G.W. *Letters from Jenny*. New York: Harcourt Brace, 1965.

Allport, G.W., & Vernon, CE. *Study of valúes.* Boston: Houghton-Mifflin, 1931.

Allport, G.W., Vernon, CE., and Lindzey, G. *Study of values* (revised manual). Boston: Houghton-Mifflin, 1970.

American Medical Association. Report of committee on mental health. *Journal of the American Medical Association,* 1954,*156,* 72.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1968.
American Psychological Association. Recommended gradúate training programs in clinical psychology. *American Psychologist,* 1947,*2,* 539-558.
American Psychological Association. *Ethical standards of psychologists.* Washington, D.C.: American Psychological Association, 1953.
American Psychological Association. Committee on Relations with Psychiatry, 1958 Annual Report. *American Psychologist,* 1958,*13,* 761-763.
American Psychological Association. Ethical standards of psychologists. *American Psychologist,* 1959,*14,* 279-282.
American Psychological Association. Ethical standards of psychologists. *American Psychologist,* 1963,*18,* 56-60.
American Psychological Association. *Casebook on ethical standards of psychologists.* Washington, D.C.: American Psychological Association, 1967.
American Psychological Association. *Ethical principies in the conduct of research with humanparticipants.* Washington, D.C.: American Psychological Association, 1973.
American Psychological Association. *Standards for educational and psychological tests and manuals.* Washington, D.C.: American Psychological Association, 1974. (a)
American Psychological Association. *Standards for providers of psychological services.* Washington, D.C.: American Psychological Association, 1974. (b)
American Psychological Association. *Ethical standards of psychologists.* Washington, D.C.: American Psychological Association, 1977.
American Psychological Association. *Gradúate study in psychology for 1979-1980* (12th ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association, 1978. (a)
American Psychological Association. Task Forcé on Continuing Education in National Health Insurance. Continuing evaluation and accountability controls for a national health insurance program. *American Psychologist,* 1978, *33,* 305-313. (b)
Ames, L.B., Leonard, J., Métraux, R.W., & Walker, R.U. *Adolescent Rorschach responses: Developmental trends from ten to sixteen years.* New York: Hoeber-Harper, 1959.
Amrine, M. The 1965 congressional inquiry into testing: A commentary. *American Psychologist,* 1965, *20,* 859-870.
Anastasi, A. *Psychological testing* (3d ed.). New York: Macmillan, 1968.
Anastasi, A. *Psychological testing* (4th ed.). New York: Macmillan, 1976.
Andrews, T.G., & Dreese, M. Military utilization of psychologists during World War II. *American Psychologist,* 1948, *3,* 533-538.
Angle, H.V., Hay, L.R., Hay, W.M., & Ellinwood, E.H. Computer assisted behavioral assessment. In J.D. Cone & R.P. Hawkins (Eds.), *Behavioral assessment: New directions in clinical psychology.* New York: Bruner/Mazel, 1977, pp. 369-380.
Arbuckle, D.S. *Counseling: Philosophy, theory, andpractice.* Boston: Allyn and Bacon, 1965.
Argyle, M., Trower, P., & Bryant, B. Explorations in the treatment of personality disorders and neuroses by social skills training. *British Journal of Medical Psychology,* 1974, *47,* 63-72.
Argyris, C. *Integrating the individual and the organization.* New York: Wiley, 1964.
Arkowitz, H., Lichtenstein, E., McGovem, K., & Hiñes, P. The behavioral assessment of social competence in males. *Behavior Therapy,* 1975, *6,* 3-13.

Arrington, R.E. *Interrelations in the behavior ofyoung children*. New York: Columbia University Press, 1932. Ash, P. The reliability of psychiatric diagnosis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1949, *44*, 272-276.

Ashem, B., & Donner, L. Covert sensitization with alcoholics: A controlled replication. *Behaviour Research and Therapy*, 1968, *6*, 7-12.

Asher, J. First edition of national register due; 7000 psychologists to be included. *APA Monitor*, May 1975, p. 1.

Association for the Advancement of Behavior Therapy. Ethical issues for human services. *AABT Newsletter*, 1977, *4*, 11.

Augler, T.J. Mental health terminology: A modern tower of Babel? *Journal of Community Psychology*, 1974, 2, 113-116.

Auld, F., Jr., & Murray, E.J. Content-analysis studies of psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 1955, *52*, 377-395.

Ayllon, T., & Azrin, N.H. The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1965, *8*, 357-383.

Aylljon, T. and Azrin, N.H. *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century Crofts, 1968.

Baer, D.M., Wolf, M.M., and Risley, T.R. Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1968, *1*, 91-97.

Baier, D.E., & Dugan, R.E. Factors in sales success. *Journal of Applied Psychology*, 1957, *41*, 37-40.

Bales, R.F. *Interaction process analysis*. Cambridge: Addison-Wesley, 1950.

Ball, J.C. The reliability and validity of interview data obtained from 59 narcotic drug addicts. *American Journal ofSociology*, 1967, *72*, 650-654.

Bandura, A. *Principies of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1969.

Bandura, A. Psychotherapy based upon modeling principies. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 1971, pp. 653-708.(a)

Bandura, A. *Social learning theory*. Morristown, N.J.: General Learning Press, 1971.(b)

Bandura, A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1977.(a)

Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, *84*, 191-215.(b)

Bandura, A., Blanchard, E.B., & Ritter, B. The relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1969,*13*, 173-199.

Bandura, A., Jeffery, R.W., & Wright, C.L. Efficacy of participant modeling as a function of response induction aids. *Journal of Abnormal Psychology*, 1974, *83*, 56-64.

Bandura, A., Ross, D., and Ross, S.A. Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1963, *66*, 3-11.

Bandura, A., & Walters, R.H. *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1963.

Bannister, D., Salmón, P., & Lieberman, D.M. Diagnosis-treatment relationships in psychiatry: A statistical analysis. *British Journal ofPsychiatry*, 1964,*110*, 726-732.

Bard, M. Family intervention teams as a community mental health resource. *Journal of Criminal Law, Criminology, and Pólice Science*, 1969, *60*, 247-250.

Bard, M. *Training pólice as specialists in family crisis intervention.* Washington, D.C.: National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice, U.S. Government Printing Office, 1970.
Bard, M. The role of law enforcement in the helping system. *Community Mental Health Journal,* 1971, 7, 151-160.
Bard, M., & Berkowitz, B. Training pólice as specialists in family crisis intervention: A community psychology action program. *Community Mental Health Journal,* 1967,*3,* 315-317.
Barker, R.G. (Ed.). *The stream ofbehavior.* New York: Irvington Publishers, Inc., 1963.
Barker, R.G. *Ecological psychology.* Stanford: Stanford University Press, 1968.
Barker, R., Dembo, T., & Lewin, K. Frustration and regression: An experiment with young children. *University of Iowa Student Child Welfare,* 1941,*18,* No. 1.
Barker, R.G., & Wright, H.F. *One boy'sday.* New York: Harper, 1951.
Barker, R.G., & Wright, H.F. *Midwest and its children: The psychological ecology of an American town.* New York: Row, Peterson, 1955.
Barlow, D.H. Assessment of sexual behavior. In A.R. Ciminero, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of behavior al assessment.* New York: John Wiley & Sons, 1977, pp. 461-508.
Barlow, D.H., Becker, J., Leitenberg, H., & Agras, W.S. Mechanical strain gauge recording of penile circumference change. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1970, *3,* 73-76.
Barnat, M.R. Student reactions to supervisión: Guests for a contract. *Professional Psychology,* 1973, *4,* 17-22.
Barnett, H.G. *Being a Palauan.* New York: Holt, Rinehart & Winston, 1960.
Barrett, B. Reduction in rate of múltiple tics by free-operant conditioning methods. *Journal of Nervous and Mental Disease,* 1962,*135,* 187-195.
Barrett, C.L. Systematic desensitization versus implosive therapy. *Journal of Abnormal Psychology,* 1969, *74,* 587-592.
Bartels, B.D., & Tyler, J.D. Paraprofessionals in the community mental health center. *Professional Psychology,* 1975, *6,* 442-452.
Barthell, C.N., & Holmes, D.S. High school yearbooks: A nonreactive measure of social isolation in graduates who later became schizophrenic. *Journal of Abnormal Psychology,* 1968, *73,* 313-316.
Bartlett, C.J., & Green, C.G. Clinical prediction: Does one sometimes know too much? *Journal of Counseling Psychology,* 1966,*13,* 267-270.
Barton, A. *Three worlds of therapy: An existential-phenomenological study of the therapies of Freud, Jung, and Rogers.* Palo Alto, Calif.: National Press Books, 1974.
Bass, B.M. The leaderless group discussion. *Psychological Bulletin,* 1954, 57, 465-492.
Bateson, C, Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J.H. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science,* 1956, i, 251-264.
Bayer, C. A. Self-monitoring and mild aversión treatment of trichotillomania. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* 1972, *3,* 139-141.
Bayley, N. Comparisons of mental and motor test scores for ages 1-15 months by sex, birth order, race, geographic location, and education of parents. *Child Development,* 1965, *36,* 379-411.
Beck, A.T. Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy,* 1970,*1,* 184-200.
Beck, A.T. *Depression: Causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972.

Beck, S.J. *Introduction to the Rorschach method.* Monograph No. 1. American Orthopsychiatric Association, 1937.

Bednar, R.L., & Kaul, T.J. Experiential group research: Current perspectives. In S.L. Garfield & A.E.

Bergin (Eds.), *Handbook ofpsychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2d ed.). New York: John Wiley and Sons, 1978, 769-815.

Bednar, R.L., Melnick, J., & Kaul, T. Risk, responsibility, and structure: Ingredients for ¡a conceptual framework for initiating group therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 1974, *21*, 31-37.

Beerjs, C.W. *A mind thatfound itself (5th* ed.). New York: Doubleday, 1921, (originally published, 1908).

Begelman, C.A. Behavioral classification. In M. Hersen & A.S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook.* New York: Pergamon Press, 1976.

Bell, J.E. *Family group therapy.* Public Health Monograph, *64*, Department of Health, Education and Welfare. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1961.

Bellack, A.S., & Hersen, M. *Behavior modification.* Baltimore: Williams & Wilkins, 1977.

Bellack, A.S., & Schwartz, J.S. Assessment for self-control programs. In M. Hersen and A.S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook.* New York: Pergamon Press, 1976, 111-142.

Bellak, L. (Ed.). *Handbook of community psychiatry and community mentalhealth.* New York: Grune and Stratton, 1964.

Bellak, L. *A guide to the interpretation of the Thematic Apperception Test.* New York: Psychological Corporation, 1947.

Bellak, L., & Bellak, S. *Children's Apperception Test.* New York: CPS Company, 1952.

Bender, L. A. A visual motor Gestalt test and its clinical use. *American Orthopsychiatric Association*, Research Monographs, 1938, No. 3.

Bennett, C.C. Community psychology: Impressions of the Boston conference on the education of psychologists for community mental health. *American Psychologist*, 1965, *20*, 832-835.

Bennett, C.C. Anderson, L.S., Hassol, L., Klein, D., & Rosenblum, G. (Eds.). *Community psychology: A repon of the Boston conference on the education of psychologists for community mental health.* Boston: Boston University and South Shore Mental Health Center, 1966.

Benney, M., Riesman, D., & Star, S.A. Age and sex in the interview. *American Journal of Sociology*, 1956, *62*, 143-152.

Bennis, W.G. *Changing organizations.* New York: McGraw-Hill, 1966. Benthall-

Nietzel, D. Physician-patient privilege and confidentiality. In *Repon of Seminar on Law and Medicine*, Office of Continuing Legal Education, University of Kentucky College of Law, Lexington, Ky., 1975.

Benton, A.L. *Revised visual retention test: Manual.* New York: Psychological Corporation, 1963.

Berdie, R.F. The ad hoc committee on social impact of psychological assessment. *American Psychologist*, 1965, *20*, 143-146.

Berg, I.A. Response bias and personality: The deviation hypothesis. *Journal of Psychology*, 1955, *40*, 61-71.

Berg, LA. The clinical interview and the case record. In LA. Berg & L.A. Pennington (Eds.), *Clinical psychology* (3d ed.). New York: Ronald Press, 1966, pp.27-66.

Berg, LA., & Adams, H.E. The experimental bases of personality assessment. In A.J. Bachrach (Ed.), *Experimental foundations ofclinicalpsychology*. New York: Basic Books, 1962, 52-93.

Bergin, A.E. The evaluation of therapeutic outcomes. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis.* New York: Wiley and Sons, Inc., 1971.

Bernardoni, L.C. A culture fair intelligence test for the ugh, no, and oo-la-la cultures. *Personnel and Guidance Journal*, 1964, *42*, 554-557.

Berne, E. *Transactional analysis in psychotherapy*. New York: Grove Press, 1961.

Berne, E. *Gantes people play*. New York: Grove Press, 1964.

Bernstein, D.A. Behavioral fear assessment: Anxiety or artifact? In H. Adams & P. Unikel (Eds.), *Issues and trends in behavior therapy*. Springfíeld: C.C. Thomas, 1973, 225-267.

Bernstein, D.A., «fe Beaty, W. The use of *in vivo* desensitization as part of a total therapeutic intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1971,2,259-265.

Bernstein, D.A., & Borkovec, T.D. *Progressive relaxation training*. Champaign, 111. Research Press, 1973.

Bernstein, D.A., & Nietzel, M.T. Procedural variation in behavioral avoidance tests. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, *41*, 165-174.

Bernstein, D.A., & Nietzel, M.T. Demand characteristics in behavior modification: A natural history of a "nuisance." In M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 4). New York: Academic Press, 1977, 119-162.

Bernstein, D.A., & Paul, G.L. Some comments on therapy analogue research with small animal "phobias." *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1971, 2, 225-237.

Bernstein, L. The examiner as an inhibiting factor in clinical testing. *Journal of Consulting Psychology*, 1956, *20*, 287-290.

Bernstein, L., Bernstein, R.S., & Dana, R.H. *Interviewing: A guide for health professionals* (2d ed.). New York: Appleton-Century-Crofts, 1974.

Bersoff, D.N. Silk purses into sow's ears: The decline of psychological testing and a suggestion for its redemption. *American Psychologist*, 1973, *28*, 892-899.

Berwick, P., & Morris, L.A. oken economies: Are they doomed? *Professional Psychology*, 1974, 5, 434-439.

Berzins, J.I. Therapist-patient matching. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research.* New York: Pergamon Press, 1977.

Best, J.A. Tailoring smoking withdrawal procedures to personality and motivational differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, *43*, 1-8.

Bieri, J., Atkins, A.L. Briar, S., Leaman, R.L., Miller, H., & Tripoldi, T. *Clinical and social judgment: The discrimination of behavioral information.* New York: Wiley, 1966.

Bijou, S.W., & Peterson, R.F. The psychological assessment of children: A functional analysis. In P. McReynolds (Ed.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 2). Palo Alto, Calif.: Science and Behavioral Books, 1971, 63-78.

Bijou, S.W., Peterson, R.F., & Ault, M.H. A method to intégrate descriptive and experimental field studies at the level of data and empirical concepts. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1968,*1*, 175-191.

Borkovec, T.D., Stone, N.M., O'Brien, G.T., & Kaloupek, D.G. Evaluation of a clinically relevant target behavior for analogue outcome research. *Behavior Therapy,* 1974, 5, 504-514.

Borkovec, T.D., Weerts, T.C., & Bernstein, D.A. Assessment of anxiety. In A.R. Ciminero, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment.* New York: John Wiley & Sons, 1977, 367-428.

Borofsky, G.L. Issues in the diagnosis and classification of personality functioning. In A.I. Rabin (Ed.), *Clinicalpsychology: Issues ofthe seventies.* East Lansing, Mich.: Michigan State University Press, 1974, 24-48.

Boudin, H. Contingency contracting as a therapeutic tool in the deceleration of amphetamine use. *Behavior Therapy,* 1972, *3,* 604-608.

Bourne, L.E., and Ekstrand, B.R. *Psychology: Its principies and meanings* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart, Winston, 1976.

Braginsky, B.M., Braginsky, D.D., & Ring, K. *Methods of madness: The mental hospital as a last resort.* New York: Holt, Rinehart, Winston, 1969.

Braginsky, B.M., Grosse, M., & Ring, K. Controlling outcomes through impression management: An experimental study of the manipulative tactics of mental patients. *Journal of Consulting Psychology,* 1966, *30,* 295-300.

Bray, D.W., Campbell, R.J., & Grant, D.L. *Formative years in business: A long-term AT&T study ofmanagerial Uves.* New York: Wiley, 1974.

Brayfield, A.H. (Ed.). *American Psychologist special issue: Testing and public policy* (Vol. 20). Lancaster, Pa.: American Psychological Association, 1965.

Breger, L. Psychological testing: Tréatment and research implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1968, *32,* 179-181.

Breger, L., & McGaugh, J.L. Critique and reformulation of "learning theory" approaches to psychotherapy and neurosis. *Psychological Bulletin,* 1965, *63,* 338-358.

Brehmer, B. Note on clinical judgment and the formal characteristics of clinical tasks. *Psychological Bulletin,* 1976, 83, 778-782.

Brenner, C. *An elementary textbook of psychoanalysis,* New York: Anchor Books, 1974.

Breuer, J., and Freud, S. *Studies on hysteria.* New York: Avon Books, 1966.

Brill, A.A. *The basic writings of Sigmund Freud.* New York: Random House, 1938.

Brittain, H.L. A study in imagination. *Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology,* 1907,*14,* 137-207.

Broden, M., Hall, R.V., & Mitts, B. The effect of self-recording on the classroom behavior of two eighth-grade students. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1971, *4,* 191-199.

Brotemarkle, B.A. Fifty years of clinical psychology: Clinical psychology 1896-1946. *Journal of Consulting Psychology,* 1947,*11,* 1-4.

Broverman, I.K., Broverman, D.M., Clarkson, F.E., Rosenkrantz, P.S., & Vogel, S.R. Sex role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1970, *34,* 1-7. Brown, E. Assessment from a humanistic perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice,* 1972, 9, 103-106.

Brown, F. Clinical psychology. In A.M. Freedman & H.I. Kaplan (Eds.), *Diagnosing mental illness.* New York: Atheneum, 1972, 295-301.

Brown, R., & Herrnstein, R.J. *Psychology.* Boston: Little, Brown & Co., 1975.

Bijou, S.W., Peterson, R.F., Harris, F.R., Alien, K.E., & Johnston, M.S. Methodology for experimental studies of young children in natural settings. *The Psychological Record*, 1969,*19*, 177-210.

Binet, A., & Simón, T. Application des méthodes nouvelles au diagnostic du niveau intellectual chez des enfants normaux et anormaux d'hospice et d'ecole primaire. *L'Année Psychologique*, 1905,*11*, 245-336.

Binet, A., & Simón, T. [The development of intelligence in children.] (Elizabeth S. Fite, trans.). Vineland, N.J.: Training School, 1916.

Bingham, W.V.D., & Moore, B.V. *How to interview.* New York: Harper, 1924.

Bingham, W.V.D., Moore, B.V., & Gustad, J.W. *How to interview.* New York: Harper & Row, 1959.

Bion, W.R. The leaderless group project. *Bulletin of the Menninger Clinic,* 1946, *10,* 77-81.

Birnbaum, B.The right to treatment. *American Bar Association Journal*, 1960, *46*, 499.

Birnbaumer, N. Biofeedback training: A critical review of its clinical applications and some possible future directions. *European Journal of Behavioral Analysis and Modification*, 1977,*1*, 235-251.

Blake, B.G. The application of behaviour therapy to the treatment of alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 1965, *3*, 75-85.

Blanchard, E.B., & Epstein, L.H. *A biofeedback primer.* Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1978.

Blanck, G. Psychoanalytic technique. In B.B. Wolman (Ed.), *The therapist's handbook: Treatment methods of mental disorders.* New York: Van Nostrand Reinhold, 1976, 61-86.

Blank, L., & David, H.P. (Eds.). *Sourcebook for training in clinical psychology.* New York: Springer, 1964.

Bloom, B.L. The domain of community psychology. *American Journal of Community Psychology,* 1973,*1*, 8-11.

Bloomfield, H.H. Assertive training in an outpatient group of chronic schizophrenics: A preliminary report. *Behavior Therapy,* 1973, *4,* 277-281.

Blum, G. A study of the psychoanalytic theory of psychosexual development. *Genetic Psychology Monographs*, 1949, *39*, 3-99.

Bolgar, H. The case study method. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill, 1965, 28-39.

Boneau, A. Prívate practice pays handsomely. *APA Monitor,* May, 1974, 3.

Boneau, C.A., & Cuca, J.M. An overview of psychology's human resources: Characteristics and salaries from the 1972 APA survey. *American Psychologist*, 1974, *29*, 821-840.

Bonime, W. *The clinical use of dreams.* New York: Basic Books, 1962.

Bordin, E.S. Ambiguity as a therapeutic variable. *Journal of Consulting Psychology,* 1955,*19*, 9-15.

Borgatta, E.F. Analysis of social interaction: Actual role playing and projective. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1955, 5*1*, 394-405.

Boring, E.G. *A history of experimental psychology* (2d ed.). New York: Appleton-Century-Crofts, 1950.

Borkovec, T.D., & O'Brien, G.T. Methodological and target behavior issues in analogue therapy outcome research. In M. Hersen, R.M. Eisler, and P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification.* New York: Academic Press, 1976, 133-172.

Bruner, J.S., & Tagiuri, R. The perception of people. In G. Lindzey (Ed.), *Handbookof socialpsychology* (Vol. 2). Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1954, 634-654.
Brunswick, E. *Systematic and representative design of psychological experiments with results in physical and social perception.* Berkeley: University of California Press, 1947.
Bryntwick, S., & Solyom, L. A brief treatment of elevator phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* 1973, *4,* 355-356.
Buck, J.N. The H-T-P technique: A qualitative and quantitative scoring manual. *Journal Of Clinical Psychology,* 1948, *4,* 319-396.
Bugental, D.E., Love, L.R., & Kaswan, J.W. Videotaped family interaction: Differences reflecting presence and type of child disturbance. *Journal ofAbnormal Psychology,* 1972, *79,* 285-290.
Bugental, J.F.T. Humanistic psychology: A new break-through. *American Psychologist,* 1963,*18,* 563-567.
Bugental, J.F.T. *Psychotherapy and process: The fundamentáis of an existential-humanistic approach.* Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1978.
Bugental, J., & Zelen, S. Investigations into the "self-concept." I. The W-A-Y technique. *Journal of Personality,* 1950,*18,* 483-498.
Burchard, J.D. Systematic socialization: A programmed environment for the habilitation of antisocial retardates. *Psychological Record,* 1967,*17,* 461-476.
Burdock, E.I., & Hardesty, A.S. Psychological test for psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology,* 1968, *73,* 62-69.
Burke, W.W. Organization development. *Professional Psychology,* 1973, *4,* 194-199.
Buros, O.K. (Ed.). *The 1940 mental measurements yearbook.* Highland Park, N.J.: Gryphon Press, 1938.
Buros, O.K. (Ed.). *Tests inprint II.* Highland Park, N.J.: Gryphon Press, 1974.
Buros, O.K. (Ed.). *Personality tests and reviews II.* Highland Park, N.J.: Gryphon Press, 1975.
Buros, O.K. (Ed.). *The eighth mental measurements yearbook.* Highland Park, N.J.: Gryphon Press, 1978.
Busch, C.J., & Evans, I.M. The effectiveness of electric shock and foul odor as unconditioned stimuli in classical aversive conditioning. *Behaviour Research and Therapy,* 1977,*15,* 167-176.
Bushell, D., Wrobel, P.A., & Michaelis, M.L. Applying "group" contingencies to the classroom study behavior of preschool children. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1968,*1,* 55-61.
Butcher, J.N. Personality ássessment: Problems and perspectives. In J.N. Butcher (Ed.), *Objective personality ássessment.* New York: Academic Press, 1972, 1-20.
Caligor, L. The detection of paranoid trends by the eight card redrawing test (8 CRT). *Journal of Clinical Psychology,* 1952, *8,* 397-401.
Campbell, D.T., & Fiske, D.W. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin,* 1959, *56,* 81-105.
Campbell, D.T., & Stanley, J.C. *Experimental and quasi-experimental designs for research.* Chicago: Rand-McNally, 1963.
Cannell, C.F., & Kahn, R.L. Interviewing. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (2d ed.) (Vol. 2). Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1968, 526-595.
Cantril, H. *Gauging public opinión.* Princeton, N.J.: University Press, 1944.
Caplan, G. *An approach to community mental health.* New York: Gruñe & Stratton, 1961.

Captan, G. Types of mental health consultation. *American Journal of Orthopsychiatry,* 1963,*33,* 470-481.

Caplan, G. *Principies of preventive psychiatry.* New York: Basic Books, 1964.

Captan, G. *The theory and practice of mental health consultation.* New York: Basic Books, 1970.

Carkhuff, R.R., Barnett, W.Y., Jr., & McCall, J.N. *The counselor's handbook: Scale andprofile interpretations ofthe MMPI.* Urbana, 111.: R.W. Parkinson & Associates, 1965.

Carlson, H.S. The AASPB Story: The beginnings and first 16 years of the American Association of State Psychology Boards, 1961-1977. *American Psychologist,* 1978, *33, 4S&A95.*

Carpenter, J.C. Intrasubject and subject-agent effects in ESP experimente. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of parapsychology.* New York: Van Nostrand Reinhold, 1977, 202-272.

Cartwright, R.A. A comparison of the response to psychoanalytic and client-centered therapy. In L.A. Gottschalk & A.H. Auerbach (Eds.), *Methods of research in psychotherapy.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1966, 517-529.

Cataldo, M.F., & Risley, T.R. Evaluation of living environments: The MANIFEST description of ward activities. In P.O. Davidson, F.W. Clark, L.A. Hamerlynck (Eds.), *Evaluation of behavioral programs in community, residential and school settings.* Champaign, 111.: Research Press, 1974, 201-222.

Cattell, R.B. A culture-free intelligence test. *Journal of Educational Psychology,* 1940, *31,* 161-179.

Cattell, R.B. *The scientific analysis of personality.* Baltimore: Penguin Books, 1965.

Cattell, R.B., & Eber, H.W. *Manual for forms A and B ofthe sixteen personality factor questionnaire.* Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, 111. 1962.

Cautela, J.R. Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *Psychological Record,* 1966, *86,* 33-41.

Cautela, J.R. *Behavior analysis forms for clinical intervention.* Champaign, 111.: Research Press, 1977.

Cautela, J.R., & Kastenbaum, R.A. A reinforcement survey schedule for use in therapy, training, and research. *Psychological Reports,* 1967, *20,*1115-1130.

Cautela, J.R., & Rosenstiel, A.K. Use of covert sensitization in treatment of drug abuse. *The International Journal ofthe Addictions,* 1975,*10,* 277-303.

Cavior, N., & Marabotto, C. Monitoring verbal behaviors in dyadic interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1976, *44,* 68-76.

Chapman, L.J. Studies of psychodiagnostic errors of observation as a contribution toward a non-dynamic psychopathology of everyday Ufe. In H.E. Adams and W.K. Boardman (Eds.), *Advances in experimental clinical psychology.* New York: Pergamon, 1971, 123-163.

Chapman, L.J., & Chapman, J.P. The génesis of popular but erroneous psychodiagnostic observations. *Journal of Abnormal Psychology,* 1967, *72,* 193-204.

Chasen, B.G., & Weinberg, S.L. Diagnostic sex-role bias: How can we measure it? *Journal of Personality Assessment,* 1974, *39,* 620-629.

Chess, S., Thomas, A., & Birch, H.G. Distortions in developmental reporting made by parents of behaviorally disturbed children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry,* 1966, 5, 226-231.

Chinsky, J.M., & Rappaport, J. Brief critique of meaning and reliability of "accurate empathy" ratings. *Psychological Bulletin,* 1970, *73,* 379-382.

Christophersen, E.R., Arnold, C.M., HUÍ, D.W., & Quilitch, H.R. The home point system: Token reinforcement procedures for application by parents of children with behavior problems. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1972, 5, 485-497.

Chu, F.D., & Trotter, S. *The madness establishment: Ralph Nader's study group repon on the National Institute of Mental Health.* New York: Grossman, 1974.

Chun, Ki-Taek, Cobb, S., & French, J.R.R., Jr. *Measures forpsychological assessment: A guide to 3000 original sources and their applications.* Aun Arbor, Mich.: Institute of Social Research, 1975.

Ciminero, A.R. Behavioral assessment: An overview. In A.R. Ciminero, K.S. Calhoun, & H.É. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment.* New York: WUey, 1977, 3-13.

Ciminero, A.R., Calhoun, K.S., & Adams, H.E. *Handbook of behavioral assessment.* New York: Wiley, 1977.

Ciminero, A.R., Nelson, R.O., & Lipinski, D.P. Self-monitoring procedures. In A.R. Ciminero, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment.* New York: John Wiley & Sons, 1977, 195-232.

Clement, P.W. Parents, peers, and child patients make the best therapists. In G.J. Williams & S. Gordon (Eds.), *Clinicalchildpsychology: Currentpractices andfuture perspectives.* New York: Behavioral Publications, 1974, 81-97.

Clement, P.W., & Richard, R.C. Children's reinforcement survey. Unpublished manuscript, Fuller Theological Seminary, Pasadena, Calif., 1970.

Cline, V.B., & Richards, J.M., Jr. The generality of accuracy of interpersonal perception. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1961, *62,* 446-449.

Gonce v. *Richardson,* 379 F. Supp. 338 (W.D., Mo., 1974).

Cohen, H.L. Educational therapy: The design of learning environments. *Research in Psychotherapy,* 1968, *3,* 21-58.

Cohen, H.L. Programming alternatives to punishment: The design of competence through consequences. In S.W. Bijou & E. Ribes-Inesta (Eds.), *Behavior modification: Issues and extensions.* New York: Academic Press, 1972, 63-84.

Cohen, H.L., & Filipzak, J. *A new learning environment.* San Francisco: Jossey-Bass, 1971.

Cole, J.K., & Magnussen, M.G. Where the action is. *Journal of Consulting Psychology,* 1966, *30,* 539-543.

Colmen, J.G., Kaplan, S.J., & Boulger, J.R. Selection and selecting research in the Peace Corps. Peace Corps Research Note No. 7, August, 1964.

Colson, CE. Olfactory aversión therapy for homosexual behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* 1972, *3,* 185-187.

Committee on Training and Clinical Psychology. Recommended gradúate training program in clinical psychology. *American Psychologist,* 1947, 2, 539-558.

Comrey, A.L., Backer, E., & Glaser, E.M. *A sourcebook for mental health measures.* Los Angeles: Human Interaction Research Institute, 1973.

Cone, J.D. The relevance of reliability and validity for behavioral assessment. *Behavior Therapy,* 1977, *8,* 411-426.

Cone, J.D., & Hawkins, R.P. (Eds.). *Behavioral assessment: New directions in clinical psychology.* New York: Bruner-Mazel, 1977.

Cook, D.W. The scientist professional: Can psychology carry it off? *The Canadian Psychologist,* 1965, *6a,* 93-109.

Cook, T.D., & Campbell, D.T. *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings.* Chicago: Rand-McNally, 1979.

Cooper, A., Furst, J.D., & Bridger, W.H. A brief commentary on the usefulness of studying fears of snakes. *Journal of Abnormal Psychology,* 1969, *74,* 413-414.

Cooper, J.O. *Measurement and analysis of behavioral techniques.* Columbus, Ohio: Charles E. Merrill, 1974.

Corsini, R.J. *Current psychotherapies.* Itasca, 111.: Peacock, 1973.

Covner, B.J. Studies in phonographic recordings of verbal material. III. The completeness and accuracy of counseling interview reports. *Journal of General Psychology,* 1944, *30,* 181-203.

Covner, B.J. Studies in phonographic recordings. I. The use of phonographic recordings in counseling practice and research. *Journal of Consulting Psychology,* 1972, *6,* 105-113.

Cowen, E.L. The experimental analogue: An approach to research in psychotherapy. *Psychological Reports,* 1961, *8,* 9-10.

Cowen, E.L. Social and community intervention. *Annual Review of Psychology,* 1973, *24,* 423-472.

Cowen, E.L. Baby steps toward primary prevention. *American Journal of Community Psychology,* 1977, 5, 1-22. (a)

Cowen, E.L. Psychologists in primary prevention: Blowing the cover story. An editorial. *American Journal of Community Psychology,* 1977, 5, 481-490. (b)

Cowen, E.L., Dorr, D., Izzo, L.D., Madonia, A.J., & Trost, M.A. The primary mental health project: A new way of conceptualizing and delivering school mental health services. *Psychology in the Schools,* 1971, 5, 216-225.

Cowen, E.L., & Schochet, B.B. Referral and outcome differences berween terminating and nonterminating children seen by nonprofessionals in a school mental health project. *American Journal of Community Psychology,* 1973,*1,* 103-112.

Craighead, W.E., Kazdin, A.E., & Mahoney, M.J. *Behavior modification: Principies, issues, and applications.* Boston: Houghton Mifflin, 1976.

Craik, K.H. The assessment of places. In P. McReynolds (Ed.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 2). Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1971,40-62.

Craik, K.H. Environmental psychology. In P.H. Mussen and M. Rosenzweig (Eds.), *Annual review of psychology,* Palo Alto, Calif.: Annual Review, Inc., 1973, 403-422.

Cronbach, L.J. Response sets and test validity. *Educational and psychological measurement,* 1946, *6,* 475-494.

Cronbach, L.J. Two disciplines of scientific psychology. *American Psychologist,* 1957,*12,* 671-684.

Cronbach, L.J. *Essentials of psychological testing* (2d ed.). New York: Harper & Row, 1960.

Cronbach, L.J. *Essentials of psychological testing* (3d ed.). New York: Harper & Row, 1970.

Cronbach, L.J. Five decades of public controversy over mental testing. *American Psychologist,* 1975, *30,* 1-14.

Cronbach, L.J., & Gleser, G.C. *Psychological tests and personnel decisions* (2d ed.). Urbana, 111.: University of Illinois Press, 1965.

Cronbach, L.J., Gleser, G.C., Nanda, H., & Rajaratnam, N. *The dependability of behavioral measurements.* New York: Wiley, 1972.

Cronbach, L.J., & Meehl, P.E. Construct validity in psychology tests. *Psychological Bulletin,* 1955, *52,* 281-302.

Crow, W.J. The effect of training upon accuracy and variability in interpersonal perception. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1957, *55,* 355-359.
Crow, W.J., and Hammond, K.R. The generality of accuracy and response sets in interpersonal perception. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1957, *54,* 384-390.
Crowell, E. Redistributive aspects of psychotherapy's inclusión in national health insurance: A summary. *American Psychologist,* 1977, *32,* 731-737. Cuca, J.
Clinicians compose 36 percent of APA. *APA Monitor,* January 1975, 4.(a) Cuca, J.
Survey shows deteriorating job market for new doctoral psychologists. *APA Monitor,* November 1975, 11. (b)
Cummings, N.A. The anatomy of psychotherapy under national health insurance. *American Psychologist*, 1977, *32*, 711-718.
Cutter, F., & Farberow, N.L. The consensus Rorschach. In B. Klopfer, M.M. Meyer, & F.B. Brawer (Eds.), *Devetopments in the Rorschach technique. III. Aspects of personality structure.* Harcourt, Brace, Jovanovich, 1970, 209-262.
Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S., & Dahlstrom, L.E. *An MMPI handbook, Vol. 1, Clinical ihterpretation* (Rev. ed.). Minneapolis: University of Minnesota, 1972.
Dailey, C. A. The effects of premature conclusions upon the acquisition of understanding a person. *Journal of Psychology*, 1952, *33,* 133-152.
Dailey, C. A. The practical utility of the clinical report. *Journal of Consulting Psychology,* 1953,*17,* 297-302.
Damich, E. The right against treatment: Behavior modification and the involuntarily committed. *Catholic University Law Review,* 1974, *23,* 774-787.
Dana, R.H. The perceptual organization TAT score, number, order, and frequency. *Journal of Projective Techniques,* 1959, *23,* 307-310.
Dana, R.H., & Leech, S. Existential assessment. *Journal of Personality Assessment,* 1974, *38,* 428-435.
David, H.P. A Szondi Test bibliography, 1939-1953. *Journal of Projective Techniques,* 1954, 78, 17-32.
Davidson, W.S. Studies of aversive conditioning for alcoholics: A critical review of theory and research methodology. *Psychological Bulletin,* 1974, *81,* 571-581.
Davidson, W.S., Rappaport, J., Seidman, E., Berck, D., & Herring, J. The diversión of juvenile delinquents: An experimental examination. Unpublished manuscript, University of Illinois at Urbana-Champaign, 1975.
Davis, J.D. *The interview as arena.* Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1971.
Davison, G.C., & Neale, J.M. *Abnormal psychology: An experimental clinical approach.* New York: Wiley, 1974.
Davison, G.C, & Stuart, R.B. Behavior therapy and civil liberties. *American Psychologist,* 1975, *30,* 755-763.
Davison, G.C, & Wilson, G.T. Processes of fear reduction in systematic desensitization: Cognitive and social reinforcement factors in humans. *Behavior Therapy,* 1973, *4,* 1-21.
Dawe, H.C. An analysis of two-hundred quarrels of pre-school children. *Child Development,* 1934, 5, 139-157.
DeLeon, P.H. Implications of national health policies for professional psychology. *Professional Psychology,* 1977, *8,* 263-268.
Delfini, L.F., Bernal, M.E., & Rosen, P.M. A comparison of normal and deviant boys in their homes. In E.J. Mash, L.A. Hamerlynck, and L.C Handy (Eds.), *Behavior modification andfamilies.* New York: Brunner Mazel, 1976, 228-248.

Delprato, D.J. Face validity of test and acceptance of generalized personality descriptions. *Journal of Personality Assessment*, 1975, *39*, 345-348.

DeMoor, W. Systematic desensitization versus prolonged high intensity stimulation (flooding). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1970, *1*, 45-52.

Dennis, W. *Readings in the history of psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1948.

Demer, G.F. Graduate education in clinical psychology. In B.B.Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York. McGraw-Hill, 1965.

Deutsch, F., & Murphy, W.F. *The clinical interview*. New York: International Universities Press, 1955.

Deysach, R.E., Hiers, T.G., & Ross, A.W. Situational determinants of performance on the Rotter internal-external locus of control scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1976, *44*, 303.

Dickson, C.R. Role of assessment in behavior therapy. In P. McReynolds (Ed.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 3). San Francisco: Jossey-Bass, 1975, 341-388.

DiGiuseppe, R.A., & Miller, N.J. A review of outcome studies on rational-emotive therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer, 1977, 72-95.

Dillehay, R.C. On the irrelevance of the classical negative evidence concerning the effect of attitudes on behavior. *American Psychologist*, 1973, *28*, 887-891.

DiMascio, A., Boyd, R.W., Greenblatt, M., & Solomon, H.C. The psychiatric interview: A sociophysiologic study. *Diseases ofthe Nervous System*, 1955,*16*, 2-7.

DiNardo, P.A. Social class and diagnostic suggestion as variables in clinical judgment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, *43*, 363-368.

Dirks, S.J., & Kuldau, J.M. Validity of self-report by psychiatric patients of employment earnings and hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, *42*, 738.

Doctor, R., & Polakow, R. A behavior modification program for adult probationers. *Proceedings ofthe 81st Annual Convention of the American Psychological Association*. Washington, D.C.: APA, 1973.

Doering, C.R., & Raymond, A.F. Additional note on reliability. In *Schizophrenia: Statistical studies from the Boston Psychopathic Hospital* (1925-1934), No. 6,1935.

Dollard, J., & Miller, N.E. *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill, 1950.

Dollin, A., & Reznikoff, M. Diagnostic referral questions in psychological testing. *Psychological Reports*, 1966,*19*, 610.

Dorken, H. CHAMPÚS ten-state claim experience for mental disorder: Fiscal year 1975. *American Psychologist*, 1977, *32*, 697-710.

Dorken, H., Cummings, N.A. A school of psychology as innovation in professional education: The California School of Professional Psychology. *Professional Psychology*, 1977, *8*, 129-148.

Drake, L.E., & Oetting, E.R. *An MMPI codebook for counselors*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1959.

Dreikurs, R. The meaning of dreams. *Chicago Medical School Quarterly*, 1944, *3*, 4-6, 25-26.

Dreikurs, R. The psychological interview in medicine. *American Journal of Individual Psychology*, 1954,*10*, 99-122.

Driscoll, J.M., Meyer, R.G., & Schanie, C.S. Training in family crisis intervention. *Journal of Applied Behavioral Science,* 1973, 9, 62-82.
DuBois, P.H. *A history of psychological testing.* Boston: AUyn and Bacon, 1970.
Dunham, H.W. Community psychiatry: The newest therapeutic bandwagon. *Archives of General Psychiatry,* 1965,*12,* 303-313.
Dunnette, M.D. (Ed.). *Handbook of industrial and organizational psychology.* Chicago: Rand McNally, 1976.
Dwarshuis, L., Kolton, M., & Gorodezky, M. Role of volunteers in innovative drug treatment programs. *Proceedings ofthe 81 st Convention ofthe American Psychological Association.* Washington, D.C.: American Psychological Association, 1973.
D'Zurilla, T.J., Wilson, G.T., & Nelson, R.O. A preliminary study of the effectiveness of graduated prolonged exposure in the treatment of irrational fear. *Behavior Therapy,* 1973, *4,* 672-685.
Edelstein, B.A., & Eisler, R.M. Effects of modeling and modeling with instructions and feedback on the behavioral components of social skills. *Behavior Therapy,* 1976, 7, 382-389.
Educational Testing Service. *A description of the advanced psychology test,* 1977-79. Princeton, N.J.: Educational Testing Service, 1977.
Educational Testing Service. *GRE information bulletin.* Princeton, N.J.. Educational Testing Service, 1978.
Edwards, A.L. *The social desirabihty variable in personality assessment and research.* New York: Dryden, 1957.
Edwards, A.L. *Edwards personal preference schedule.* New York: Psychological Corporation, 1959.
Edwards, A.L. *The measurement of personality traits by scales and inventories.* New York: Holt, Rinehart, Winston, 1970.
Eells, K., Davis, A., Havinghurst, R.J., Herrick, V.E., & Tyler, R.W. *Intelligence and cultural differences.* Chicago: University of Chicago Press, 1951.
Einhorn, H.J., & Hogarth, R.M. Confidence in judgment: Persistence of the illusion of validity. *Psychological Review,* 1978, 85, 395-416.
Eisler, R.M., Hersen, M., Miller, P.M., & Blanchard, E.B. Situational determinants of assertive behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1975, *43,* 330-340.
Eisler, R.M., Miller, P.M., & Hersen, M. Components of assertive behavior. *Journal of Clinical Psychology,* 1973, *29,* 295-299.
Elizur, A. Content analysis of the Rorschach with regard to anxiety and hostility. *Journal ofProjective Techniques,* 1949,*13,* 247-284.
Elkins, R. Aversión therapy for alcoholism: Chemical, electrical, or verbal imagery. *The International Journal of the Addictions,* 1975,*10,* 157-209.
Ellis, A. *Reason and emotion inpsychotherapy.* New York: Lyle Stuart, Inc., 1962.
Ellis, A. Rational-emotive therapy. In R. Corsini (Ed.), *Currentpsychotherapies.* Itasca, 111.: F.E. Peacock Publishers, 1973.
Ellis, A. Research data supporting the clinical and personality hypotheses of RET and other cognitive-behavior therapies. In A. Ellis and R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy.* New York: Springer, 1977, 35-71.
Ellis, A., & Grieger, R. (Ed.). *Handbook of rational-emotive therapy.* New York: Springer, 1977.
Endler, N.S., Hunt, J.McV., & Rosenstein, A.J. An S-R inventory of anxiousness. *Psychological Monographs,* 1962, *76,* 1-33.

Englemann, S. The effectiveness of direct verbal instruction on IQ performance and achievement in reading and arithmetic. In R. Ulrich, T. Stachnik, & J. Mabry (Eds.), *Control of human behavior* (Vol. 3). Glenview, 111.: Scott, Foresman, 1974, 69-84.

English, H.B. Three cases of the conditioned fear response. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1929, *24,* 221-225.

English, H.B., & English, A.C. *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytic terms.* New York: Longmans, Green, 1958.

Epstein, L.H. Psychophysiological measurement in assessment. In M. Hersen & A.S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook.* Oxford: Pergamon Press, 1976, 207-232.

Epstein, L.H., & LaPorte, R.E. Behavioral epidemiology. *Behavior Therapist,* 1978,*1,* 3-5.

Epstein, L.H., Miller, P.M., & Webster, J.S. The effects of reinforcing concurrent behavior on self-monitoring. *Behavior Therapy,* 1976, 7, 89-95.

Erikson, E.H. Ego development and historical change. *The psychoanalytic study ofthe child* (Vol. 2), New York: International Universities Press, 1946, 359-396.

Erikson, E.H. Identity and the Ufe cycle. *Psychological Issues,* 1959,*1* 18-164.

Erikson, E.H. *Childhood and society* (Rev. ed.). New York: Norton, 1963.

Erlich, J., & Reisman, D. Age and authority in the interview. *Public Opinión Quarterly,* 1961, *25,* 39-56.

Eron, L.D. A nofmative study of the thematic apperception test. *Psychological Monographs,* 1950, 64(9).

Ervin, S.J., Jr. Why senate hearings on psychological tests. *American Psychologist,* 1965, *20,* 879-880.

Evans, E.C. Physiognomics in the ancient world. *Transactions of the American Philosophical Association,* 1969, Vol. 59, Part 5. Evans, I.M. Theoretical and experimental aspects of the behaviour modification approach to autistic children. In M. Rutter (Ed.), *Infantile autism: Concepts, characteristics and treatment.* Edinburgh: Churchill Livingstone, 1971.

Evans, I.M., & Nelson, R.O. Assessment of child behavior problems. In A.R.Ciminero, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.). *Handbook of behavioral assessment,* New York: John Wiley & Sons, Inc., 1977, 603-010.

Exner, J.E. The self-focus sentence completion: A study of egocentricity. *Journal of Personality Assessment,* 1973, *37,* 437-455.

Exner, J.E. *The Rorschach: A comprehensive system.* New York: Wiley, 1974.

Exner, J.E., Jr. Projective techniques. In I.B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology.* New York: Wiley, 1976, 61-121.

Eyberg, S.M., & Johnson, S.M. Múltiple assessment of behavior modification with families: Effects of contingency contracting and order of treated problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1974, *42,* 594-606.

Eysenck, H.J. The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology,* 1952,*16,* 319-324.

Eysenck, H.J. Learning theory and behaviour therapy. *Journal of Mental Science,* 1959, *105,* 61-75.

Eysenck, H.J. (Ed.). *Behaviour therapy and the neuroses: Readings in modern methods of treatment derived from learning theory.* New York: Pergamon Press, 1960.

Eysenck, H.J. The effects of psychotherapy. In H.J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology.* New York: Basic Books, 1961.

Eysenck, H.J. *Experiments in behavior therapy*. Oxford: Pergamon Press, 1964.

Eysenck, H.J. *The effects of psychotherapy*. New York: International Science Press, 1966.

Eysenck, H.J., & Rachman, S. *The causes and cures of neurosis*. San Diego, Calif.: Knapp, 1965.

Fairweather, G.W. *Methods of experimental social innovation*. New York: Wiley, 1967.

Fairweather, G.W., Sanders, D.H., & Tornatzky, L.G. *Creating change in mental health organizations*. New York: Pergamon Press, 1974.

Fancher, R.E. *Psychoanalytic psychology: The development of Freud's thought*. New York: W.W. Norton, 1973.

Fariña, A., Arenberg, D., & Guskin, S. A scale for measuring minimal social behavior. *Journal of Consulting Psychology*, 1957, *21*, 265-268.

Fast, J. *Body language*. New York: M. Evans, 1970.

Feldman, S.S. *Mannerisms of speech and gestures in everyday Ufe*. New York: International Universities Press, 1959.

Fenichel, O. *Problems of psychoanalytic technique*. New York: Norton, 1941.

Fenlason, A.F. *Essentials in interviewing*. New York: Harper & Row, 1952.

Fensterheim, H. The initial interview. In A. A. Lazaras (Ed.), *Clinical behavior therapy*. New York: Bruner/Mazel, 1972, 22-40.

Ferster, C.B. Classification of behavioral pathology. In L. Krasner & L.P. Ullmann (Eds.), *Research in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, Winston, 1965, 9-26.

Ferster, C.B., & Perrott, M.C. *Behavior principies*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1968.

Festinger, L., Riecken, H.W., and Schachter, S. *When prophecy fails*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1956.

Fidler, D.S., & Kleinknecht, R.E. Randomized response versus direct questioning: Two data-collection methods for sensitive information. *Psychological Bulletin*, 1977, *84*, 1045-1049.

Fiedler, F.E. A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective, and Adlerian therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 1950,*14*, 436-445.

Filer, R.N. The clinician's personality and his case reports. *American Psychologist*, 1952, 7, 336.

Fine, R. *The healing of the mind: The technique of psychoanalytic psychotherapy*. New York: David McKay, 1971.

Fine, R. Psychoanalysis. In R. Corsini (Ed.), *Currentpsychotherapies*. Itasca, 111.: F.E. Peacock, 1973.

Fischer, C.T. The testee as co-evaluator. *Journal of Counseling Psychology*, 1970, *17*, 70-76.

Fish, J.M. *Placebo therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1973.

Fisher, S., & Fisher, R. Test of certain assumptions regarding figure drawing analysis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1950, *45*, 727-732.

Fisher, S., & Greenberg, R.P. *The scientific credibility of Freud's theories and therapy*. New York: Basic Books, 1977.

Fiske, D.W. *Strategies for personality research*. San Francisco: Jossey-Bass, 1978.

Flanagan, J.C. The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 1954,*51*, 327-358.

Flanagan, J.C, & Schmid, F.W. The critical incident approach to the study of psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 1959,*15*, 136-139.

Ford, D.H., & Urban, H.B. *Systems of psychotherapy: A comparative study*. New York: John Wiley and Sons, 1963.

Forer, B.R. The fallacy of personal validations: A classroom demonstration of gullibility. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1949, *44*,118-123.

Forer, B.R. A structured sentence completion test. *Journal of Projective Techniques,* 1950,*14*, 15-29.

Foster, A. Writing psychological reports. *Journal ofClinical Psychology*, 1951. 7, 195.

Fowler, R.D., Jr. Automated interpretation of personality test data. In J.N. Butcher (Ed.), *MMPI: Research developments and clinical applications.* New York: McGraw-Hill, 1969,105-126.

Fox, V. The effects of counseling on adjustment in prison. *Social Forces,* 1954, *32,* 285-289.

Frank, G. Measures of inteliigence and conceptual thinking. In I.B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology*. New York: Wiley, 1976,123-186.

Frank, J.D. Some determinants, manifestations, and effects of cohesiveness in therapy groups. *International Journal of Group Psychotherapy,* 1957, *7,* 53-63.

Frank, J.D. *Persuasión and healing* (Rev. ed.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1973.

Frank, L.K. Projective methods for the study of personality. *Journal of Psychology*, 1939, *8,* 343-389.

Franks, C.M. (Ed.). *Conditioning techniques in clinicalpractice and research*. New York: Springer, 1964.

Franks, C.M. Forward. In E.J. Mash & L.G. Terdal (Eds.), *Behavior therapy assessment*. New York: Springer, 1976, XI-XIII.

Fredericksen, L.W., Jenkins, J.O., Foy, D.W., & Eisler, R.M. Social skills training in the modifications of abusive verbal outbursts in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1976, 9, 117-125.

Frederiksen, L.W., Miller, P.M., & Peterson, G.L. Topographical components of smoking behavior. *Addictive Behaviors*, 1977,2, 55-61.

Frederiksen, N. Toward a taxonomy of situations. *American Psychologist,* 1972, *27,* 114-123.

Freud, A. *The ego and mechanisms of déjense*. New York: International Universities Press, 1946.

Freud, S. *On the psychopathology of everyday life*. New York: Macmillan, 1914.

Freud, S. *[An outline ofpsychoanalysis],* (J. Strachey, trans.). New York: W.W. Norton, 1949.

Freud, S. The interpretation of dreams (1900). In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press, 1953-1964.(a)

Freud, S. Jokes and their relation to the unconscious (1905). In the *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 8). London: Hogarth Press, 1953-1964.(b)

Freud, S. *The standard edition ofthe complete psychological works of Sigmund Freud* (24 vols.). London: Hogarth Press, 1953-1964.(c)

Freud, S. Remembering, repeating, and working through. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. (vol.* 12), London: Hogarth, 1958, 145-156.

Freud, S. Further recommendations in the technique of psychoanalysis. *Zeitschrift*, BD. I, 1913. Reprinted in S. Freud, *Therapy and technique*. New York: Collier Books, 1963.(a)

Freud, S. Recommendations for physicians on the psychoanalytic method of treatment. *Zentralblatt*, BD. II., 1912. Reprinted in S. Freud, *Therapy and technique*. New York: Collier Books, 1963.(b)

Freud, S. Further recommendations in the technique of psychoanalysis. *Zeitschrifi,* BD. III, 1915. Reprinted in S. Freud, *Therapy and technique.* New York: Collier Books, 1963.(c)

Freud, S. *On psychotherapy.* Lecture delivered before the College of Physicians in Vienna, December 12, 1904. Reprinted in S. Freud, *Therapy and technique.* New York: Collier Books, 1963.(d)

Friedman, H. Perceptual regression in schizophrenia: An hypothesis suggested by use of the Rorschach test. *Journal of Projective Techniques,* 1953,*17,* 171-185.

Fulkerson, S.C., & Barry, J.R. Methodology and research on the prognostic use of psychological tests. *Psychological Bulletin,* 1961, 58, 177-204.

Fuller, P.R. Operant conditioning of a vegetative human organism. *American Journal of Psychology,* 1949, *62,* 587-590.

Galton, F. Psychometric experiments. *Brain,* 1879, 2, 149-162.

Galton, F. Inquines into human faculty and its development. In W. Dennis (Ed.), *Readings in the history of psychology.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1948, 277-289.

Ganzer, V.J. & Sarason, I.G. Interrelationships among hostility, experimental conditions, and verbal behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1964, *68,* 79-84.

Garfield, S.L. Historical introduction. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology.* New York: McGraw-Hill, 1965, 125-140.

Garfield, S.L. Clinical psychology and the search for identity. *American Psychologist,* 1966,27,353-362.

Garfield, S. *Clinical psychology: The study of personality and behavior.* Chicago: Aldine, 1974.

Garfield, S.L., & Bergin, A.E. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2d ed.). New York: John Wiley and Sons, 1978.

Garfield, S.L., & Kurtz, R. A survey of clinical psychologists: Characteristics, activities and orientations. *The Clinical Psychologist,* 1974,*28,* 7-10.

Garfield, S.L., & Kurtz, R. Clinical psychologists in the 1970s. *American Psychologist, 1916,31,* 1-9.

Garfield, S.L., & Kurtz, R. A study of eclectic views. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1977, *45,* 78-83.

Garner, A.M., & Smith, G.M. An experimental videotape technique for evaluating trainee approaches to clinical judging. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1976, *44,* 945-950.

Garner, H.H. *Psychotherapy.* St. Louis: W. H. Green, 1970.

Garrett, A. *Interviewing: Its principies and methods.* New York: Family Welfare Association of America, 1942.

Gaul, D.J., Craighead, W.E., & Mahoney, M.J. Relationship between eating rates and obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1975, *43,* 123-125.

Geer, J.H. Phobia treated by reciprocal inhibition. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1964, *69,* 642-645.

Geer, J.H. The development of a scale to measure fear. *Behaviour Research and Therapy,* 1965, *3,* 45-53.

Geer, J.H. Sexual functioning: Some data and speculations on psychophysiological assessment. In J.D. Cone & R.P. Hawkins (Eds.), *Behavioral assessment: New directions in clinical psychology.* New York: Brunner/Mazel, 1977, 196-209.

Gelinas, D.J. The psychotherapy supervisor's dilemma: Problematic client-therapist

interaction patterns. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, D.C., September 1976.

Gentile, J.R., Roden, A.H., & Klein, R.D. An analysis of variance model for the intrasubject replication design. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1972, 5, 193-198.

Gesell, A., & Amatroda, C.S. *Developmental diagnosis* (2d ed.) New York: Hoeber-Harper, 1947.

Gilberstadt, H., & Duker, J. *A handbookfor clinical and actuarial MMPI interpretation.* Philadelphia: Saunders, 1965.

Gilí, M.,Newman, R., Redlich.F.C, &Sommers, M. *Theinitialinterviewinpsychiatric practice.* New York: International Universities Press, 1954.

Glasgow, R., & Arkowitz, H. The behavioral assessment of male and female social competence in dyadic heterosecual interactions. *Behavior Therapy l975,4*,488-499.

Glass, G.V., Wilson, V.L., & Gottman, J.M. *Time series analysis in the behavioral sciences.* Boulder, Coló.: Laboratory of Education Research, University of Colorado, 1973.

Goffman, E. The presentation of self in everyday Ufe. Garden City, NY: Doubleday, 1959.

Goffman, E. *Asylums.* New York: Doubleday, 1961.

Goldberg, L. R. The effectiveness of clinicians' judgments: The diagnosis of organic brain damage from the Bender-Gestalt test. *Journal of Consulting Psychology,* 1959,*23,* 25-33.

Goldberg, L.R. Diagnosticians vs. diagnostic signs: The diagnosis of psychosis vs. neurosis from the MMPI. *Psychological Monographs*, 1965, 79(9, Whole No. 602).

Goldberg, L.R. Simple models or simple processes? Some research on clinical judgments. *American Psychologist,* 1968, *23,* 483-496. (a)

Goldberg, L.R. Seer over sign: The first "good" example? *Journal of Experimental Research in Personality,* 1968, *3,*168-171. (b)

Goldberg, L.R. Man versus model of man: A rationale plus evidence for a method of improving on clinical inferences. *Psychological Bulleün,* 1970, *73,* 422-432.

Goldberg, L.R. Objective diagnostic tests and measures. *Annual Review of Psychology,* 1974, *25,* 343-366.

Goldberg, L.R., & Werts, CE. The reliability of clinicians' judgments: A multitrait-multimethod approach. *Journal of Consulting Psychology,* 1966, *30,* 199-206.

Goldberg, P.A. A review of sentence completion methods in personality assessment. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment,* 1965, *29,* 12-45.

Golden, M. Some effects of combining psychological tests on clinical inferences. *Journal of Consulting Psychology, 1964, 28, 440-446.*

Goldenberg, H. *Contemporary clinical psychology.* Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1973.

Goldfried, M.R. Behavioral assessment. In I.B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology.* New York: John Wüey & Sons, 1976, 281-330.

Goldfried, M.R., & Davison, G.C. *Clinical behavior therapy.* New York: Holt, Rinehart, Winston, 1976. Goldfried, M.R., Decenteceo, E.T., & Weinberg, L. Systematic rational restructuring as a self control technique. *Behavior Therapy,* 1974, 5, 247-254.

Goldfried, M.R., & D'Zurilla, T.J. A behavior-analytic model for assessing competence. In C.D. Spielberger (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology,* (Vol. 1). New York: Academic Press, 1969,151-196.

Goldfried, M.R., & Kent, R.N. Traditional versus behavioral personality assessment: A comparison of methodological and theoretical assumptions. *Psychological Bulletin,* 1972, *77,* 409-420.

Goldfried, M.R., & Linehan, M.M. Basic issues in behavioral assessment. In A.R. Ciminero, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment.* New York: Wiley, 1977, 15-46.

Goldfried, M.R., & Sprafkin, J.N. *Behavioral personality assessment.* Morristown, N.J.: General Learning Press, 1974.

Goldfried, M.R., Stricker, G., & Weiner, I.B. *Rorschach handbook of clinical and research applications.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1971.

Goldiamond, I. Self control procedures in personal behavior problems. *Psychological Reports,* 1965,*17,* 851-868.

Golding, S.L., & Rorer, L.G. Illusory correlation and subjective judgment. *Journal of Abnormal Psychology,* 1972, *80,* 249-260.

Goldman, B.A., & Busch, J.C. (Eds.). *Directory of unpublished experimental mental measures* (Vol. 2). New York: Human Sciences Press, 1978.

Goldman, B.A., & Saunders, J.L. (Eds.). *Directory of unpublished experimental measures* (Vol. 1). New York: Human Sciences Press, 1974.

Goldschmid, M.L., Stein, D.D., Weissman, H.N., & Sonreís, J. A survey of the training and practices of clinical psychologists. *The Clinical Psychologist,* 1969, *22,* 89-94, 107.

Goldsmith, J.B. Systematic development and evaluation of a behavioral program for training psychiatric inpatients in interpersonal skills. Unpublished doctoral dissertation, University of Wisconsin, 1973.

Goldsmith, J.B., & McFall, R.M. Development and evaluation of an interpersonal skül-training program for psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology,* 1975, *84,* 51-58.

Goldstein, A.J., & Chambless, D.L. A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy,* 1978, 9, 47-59.

Goldstein, A.P. *Psychotherapeutic attraction.* New York: Pergamon Press, 1971.

Goldstein, A.P. Behavior therapy. In R. Corsini (Ed.), *Currentpsychotherapies.* Itaska, 111.: F.E. Peacock Publishers, Inc., 1973. (a) Goldstein, A.P. *Structured learning therapy: Toward a psychotherapy for thepoor.* New York: Academic Press, 1973. (b)

Goldstein, A.P. Relationship-enhancement methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change.* New York: Pergamon Press, 1976,15-49.

Goldstein, A.P., Martens, J., Hubben, J., VanBelle, H.A., Schaaf, W., Wiersma, H., Goedhart, A. The use of modeling to increase independent behavior. *Behaviour Research and Therapy,* 1973,*11,* 31-42.

Goldstein, K., & Scheerer, M. Abstract and concrete behavior: An experimental study with special tests. *Psychological Monographs,* 1941, 55(239), 151.

Goodenough, F.L. *Mental testing.* New York: Rinehart, 1949. Goodman, E.S., & Maultsby, M.C. *Emotional well being through rational behavior training.* Springfield, 111.: Charles C. Thomas, 1974.

Gorden, R.L. *Interviewing: Strategy, techniques, and tactics.* Homewood, 111.: Dorsey Press, 1969.

Gottfredson, G.D., & Dyer, S.E. Health service providers in psychology. *American Psychologist,* 1978, *33,* 314-338. Gottman, J. Couples interaction scoring system (CISS): Instructions for use of CISS.

Unpublished manuscript, Indiana University, 1974. Gottman, J., & Markman, H.J. Experimental designs in psychotherapy research. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2d ed.). New York: John WUey & Sons, 1978, 12-62.

Gottman, J., Markman, H., & Notarius, C. The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 1977,*39*, 461-477.

Gough, H.G. *California psychological inventory: Manual*. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press, 1957 (Rev. 1964).

Gough, H.G. Clinical versus statistical prediction in psychology. In L. Postman (Ed.), *Psychology in the making*. New York: Knopf, 1962, 526-584.

Gough, H.G., & Sandhu, H.S. Validation of the CPI socialization scale in India. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1964, *68*, 544-547.

Gough, H.G., Wenk, E.A., & Rozynko, V.V. Parole outcome as predicted from the CPI, the MMPI, and a base expectancy table. *Journal of Abnormal Psychology*, 1965, *70*, 432-441.

Graham, F.K., & Kendall, B.S. Memory-for-designs test: Revised general manual. *Perceptual and Motor Skills*, 1960,*11*, 147-188.

Grantham, R.J. Effects of counselor sex, race, and language style on black students in initial interviews. *Journal of Counseling Psychology*, 1973,*20*, 553-559.

Grayson, H.M., & Tolman, R.S. A semantic study of concepts of clinical psychologists and psychiatrists. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1950, *45*, 216-231.

Greenblatt, M. Discussion of papers by Saslow, Matarazzo, & Lacey. In E.A. Rubinstein & M.B. Parfoff (Eds.), *Research in psychotherapy* (Vol. 1). Washington, D.C.: American Psychological Association, 1959, 209-220.

Greene, R.L. Student acceptance of generalized personality interpretations: A reexamination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, *45*, 965-966. Greenson, R.R. *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press, 1967.

Greenspoon, J. Verbal conditioning and clinical psychology. In A.J. Bachrach (Ed.), *Experimental foundations of clinical psychology*. New York: Basic Books, 1962, 510-553.

Greenwald, H. (Ed.), *Great cases in psychoanalysis*. New York: Ballantine Books, 1959.

Greist, J.H., Klein, M.H., & Van Cura, L.J. A computer interview for psychiatric patient target symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 1973, *29, 2A7-25A*. Gross, S.J. The myth of professional licensing. *American Psychologist*, 1978, *33*, 1009-1016.

Grossberg, J.M., & Grant, B.F. Clinical psychophysics: Applications of ratio scaling and signal detection methods to research on pain, fear, drugs, and medical decisión making. *Psychological Bulletin*, 1978, 85,1154-1176.

Grotjahn, M. *Beyond laughter: Humor and the subconscious*. New York: McGraw-Hill, 1957.

Guerney, B.G. (Ed.). *Psychotherapeutic agents: New roles for nonprofessionals, parents, and teachers*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1969.

Guiora, A.Z., & Brandwin, M.A. *Perspectives in clinical psychology*. Princeton, N.J.: D. Van Nostrand Co., Inc., 1968.

Guntrip, H. *Psychoanalytic theory, therapy, and the self*. New York: Basic Books, 1973.

Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. *Americans view their mental health*. New York: Basic Books, 1960.

Gurman, A.S., & Kniskern, D.P. Research on marital and family therapy: Progress, perspectives, and prospects. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2d ed.). New York: John Wiley & Sons, 1978.

Gurman, A.S., & Razin, A.M. *Effective psychotherapy: A handbook of research.* New York: Pergamon Press, 1977.

Guthrie, E.R. *Thepsychology oflearning.* New York: Harper & Row, 1935.

Gutride, M.E., Goldstein, A.P., & Hunter, G.F. The use of modeling and role playing to increase social interaction among asocial psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1973, *40,* 408-415.

Haase, W. The role of socioeconomic class in examiner bias. In F. Riessman, J. Cohen, & A. Pearl (Eds.), *Mental health ofthepoor.* New York: Free Press, 1964.

Hagen, R.L., Craighead, W.E., & Paul, G.L. Staff reactivity to evaluative behavioral observations. *Behavior Therapy,* 1975, *6,* 201-205.

Halberstam, D. *The best and the brightest.* New York: Random House, 1969. Haley, J. *Changing families: A family therapy reader.* New York: Grune and Stratton, 1971.

Hall, C.S. *The meaning of dreams.* New York: Harper & Row, 1953.

Hall, C.S., & Lindzey, G. *Theories of personality* (2d ed.). New York: Wüey, 1970.

Hall, R.V., Axelrod, S., Tyler, L., Grief, E., Jones, F.C., & Robertson, R. Modification of behavior problems in the home with a parent as observer and experimenter. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1972, 5, 53-64.

Hall, R.V., Fox, R., Willard, D., Goldsmith, L., Emerson, M., Owen, M., Davis, F., & Porcia, E. The teacher as observer and experimenter in the modification of disputing and talking-out behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1971, *4,* 141-149.

Halleck, S.L. Community psychiatry: Some troubling questions. In L.M. Roberts, S.L. Halleck, & M.B. Loeb (Eds.), *Community psychiatry.* Garden City, N.Y.: Doubleday, Anchor Books, 1969.

Hallenstein, C.B. Ethical problems of psychological jargon. *Professional Psychology,* 1978, *9,* 111-116.

Hammer, E.F. Projective drawings. In A.I. Rabin (Ed.), *Projective techniques in personality assessment.* New York: Springer, 1968, 366-393.

Hammer, E., & Piotrowski, Z. A. Hostility as a factor in the clinician's personality as it affeets his interpretation of projective drawings (H-T-P). *Journal of Projective Techniques,* 1953,*17,* 210-216.

Hammond, K.R., & Alien, J.M. *Writing clinical reports.* Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall, 1953.

Handler, L. Psychotherapy, assessment, and clinical research: Parallels and similarities. In A.I. Rabin (Ed.), *Clinical psychology: Issues of the seventies.* East Lansing, Mich.: Michigan State University Press, 1974, 49-62.

Hanks, L.M., Jr. Prediction from case material to personality data. *New York Archives of Psychology,* 1936, *29,* No. 207.

Harmatz, M.G., Mendelsohn, R., & Glassman, M.L. *Behavioral observations in the study of schizophrenia.* Paper presented at the 81st Annual Meeting of the American Psychological Association, Montreal, Quebec, Canadá, August 1973.

Harper, R.A. *Psychoanalysis and psychotherapy: Thirty-six systems.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc., 1959.

Harper, R.G., Wiens, A.N., & Matarazzo, J.D. *Nonverbal communication: The state of the art.* New York: Wiley, 1978.

Harris, V.W., & Sherman, J.A. Effects of peer tutoring and consequences on the math performance of elementary classroom students. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1973, *6,* 587-598.

Harrison, R. Thematic apperceptive methods. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology.* New York: McGraw-Hill, 1%5, 562-620.

Harrower, M.R. *Psychodiagnostic inkbtots.* New York: Gruñe & Stratton, 1945.

Harrower, M. *The practice of clinical psychology.* Springfield, 111.: Charles C. Thomas, 1961.

Harrower, M. Clinical psychologists at work. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology.* New York: McGraw-Hill, 1965,1443-1458. (a)

Harrower, M. Differential diagnosis. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology.* New York: McGraw-Hill, 1965, 381-402. (b)

Harrower, M.R., & Steiner, M. *Large scale Rorschach techniques.* Springfield, 111.: Charles C. Thomas, 1945.

Hartlage, L., Freeman, W., Horine, L., & Walton, C. Decisional utility of psychological reports. *Journal of Clinical Psychology,* 1968, *24,* 481-483.

Hartmann, D.P. Forcing square pegs into round holes: Some comments on "An analysis of variance model for the intrasubject replication design." *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1974, 7, 635-638.

Hartmann, D.P. Considerations in the chotee of interobserver reliability estimates. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1977,*10,* 103-116. Hartmann, H.

Psychoanalysis and the concept of health. *International Journal of Psychoanalysis,* 1939,*20,* 308-321.

Hartmann, H. *Ego psychology and the problem of adaptation.* New York: International Universities Press, 1958.

Hartshome, H., & May, M.A. *Studies in deceit.* New York: Macmillan, 1928. Hatcher,

C, & Himmelstein, P. (Eds.). *The handbook of Gestalt therapy.* New York: Jason Aronson, 1976.

Hathaway, S.R. A study of human behavior: the clinical ps,y.chologist. *American Psychologist,* 1958,*13,* 255-265.

Hathaway, S.R., & Meehl, P.E. *An atlas for the clinical use ofthe MMPL* Minneapolis: University of Minnesota Press, 1951.

Hawkins, R.P. Who decided that was the problem? Two stages of responsibility for applied behavior analysis. In W.S. Wood (Ed.), *Issues in evaluating behavior modification.* Champaign, 111.: Research Press, 1975, 195-214.

Hawkins, R.P., & Dobes, R.W. Behavioral definitipns in applied behavior analysis: Explicit or implicit. In B.C. Etzel, J.M. LeBlanc, & D.M. Baer (Eds.), *New developments in behavibral research: Theory, method and application. In honor of Sidney W. Bijou.* Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Assoc, 1977,167-188.

Haynes, J.R., & Sells, S.B. Assessment of organic brain damage by psychological tests. *Psychological Bulletin,* 1963, *60,* 316-325.

Haynes, S.N. *Principies of behavioral assessment.* New York: Gardner Press, 1978.

Heath, J.R., & Wilson, H.J. Forces and rates observed during in vivo toothbrushing. *Biomedical Engineering,* 1974, *9,* 61-64.

Heitler, J.B. Preparatory techniques in initiating expressive psychotherapy with lower-class, unsophisticated patients. *Psychological Bulletin,* 1976, *83,* 339-352.

Heller, K. Laboratory interview research as analogue to treatment. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley, 1971, 126-153.

Heller, K. Interview structure and interviewer style in initial interviews. In A.W. Siegman & B. Pope (Eds.), *Studies in dyadic communication.* New York: Pergamon Press, 1972, 9-28.

Heller, K., Davis, J.D., and Myers, R.A. The effects of interviewer style in a standardized interview. *Journal of Consulting Psychology,* 1966, *30,* 501-508.

Heller, K., & Monahan, J. *Psychology and community change.* Homewood, 111.: Dorsey Press, 1977.

Heller, K., Myers, R.A., & Kline, L.V. Interviewer behavior as a function of standardized client roles. *Journal of Consulting Psychology*, 1963, *27*, 117-122.

Hendriks, A.F.C.J. *Reponed versus observed deviancy*. Unpublished manuscript, University of Nijmegen, Netherlands, 1972.

Henry, W.E. *The analysis offantasy: The thematic apperception technique in the study of personality*. New York: Wiley, 1956.

Herron, R.E., & Ramsden, R.W. A telepedometer for the remote measurement of human locomotor activity. *Psychophysiology*, 1967, *4*, 112-115.

Hersen, M. Historical perspectives in behavioral assessment. In M. Hersen & A.S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment.* New York: Pergamon Press, 1976, 3-22.

Hersen, M., & Bellack, A.S. (Eds.). *Behavioral assessment.* New York: Pergamon Press, 1976.

Hersen, M., & Bellack, A.S. Assessment of social skills. In A.R. Ciminero, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment.* New York: John Wiley & Sons, 1977, 509-554.

Hersen, M., Eisler, R., & Miller, P. An experimental analysis of generalization in assertive training. *Behaviour Research and Therapy,* 1974,*12,* 295-310.

Hess, H. Entry requirements for professional practice of psychology. *American Psychologist,* 1977 *32,* 365-368.

Heyns, R., & Lippitt, R. Systematic observational techniques. In G. Lindzey, (Ed.), *Handbook of social psychology* (Vol. 1). Cambridge, Mass.: Addison-Wesley, 1954, 370-404.

Hilgard, E.R. Pain ás a puzzle for psychology and physiology. *American Psychologist,* 1969, *24,* 103-114.

Hilgard, E.R. (Ed.). *American psychology in historical perspective, 1892-1977*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1978. Hilgard, E.R., Atkinson, R.C., & Atkinson, R.L. *Introduction to psychology* (7th ed.).
New York: Harcourt, Brace, Jovanovich, 1979. Hobbs, N. Mental health's third revolution. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1964,
34, 822-833.

Hoch, E.L. Psychology today: Conceptions and misconceptions. *The profession of psychology*. New York: Holt, Rinehart, Winston, 1962.

Hoch, E.L. *Experimental contributions to clinical psychology*. Belmont, Calif.: Brooks/ Cole, 1971.

Hoffman, B. *The tyranny oftesting.* New York: Crowell-Collier, 1962.

Hoffman, P.J. The paramorphic representation of clinical judgment. *Psychological Bulletin,* 1960, *57,*116-131.

Hoffman, R.S. The varieties of psychotherapeutic experience. *Journal of Irreproducible Results*, 1973,*19*, 76-77.

Hogan, R.A. The implosive technique. *Behaviour Research and Therapy*, 1968, *6,* 423-431.

Holland, G.A. Transactional analysis. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies.* Itasca, 111.: F.E. Peacock Publishers, Inc. 1973.

Holland, J.G., & Skinner, B.F. *The analysis of behavior: A programfor self instrucción.* New York: McGraw-Hill, 1961.
Hollingshead, A.B., & Redlich, F.C. *Social class and mental illness.* New York; Wiley, 1958.
Holsopple, J.Q., & Miale, F.R. *Sentence completion: Aprojective methodfor the study of personality.* Springfield, 111.: Charles C. Thomas, 1954.
Holt, R.R. Formal aspects of the TAT: A neglected resource. *Journal of Projective Techniques,* 1958, *22,* 163-172.
Holt, R.R. Kubie's dream and its impact upon reality. Psychotherapy as an autonomous profession. *Journal of Nervous and Mental Disease,* 1969,*149,* 186-207.
Holt, R.R. *Assessing personality.* New York: Harcourt, Brace, Jovanovich, 1971.
Holt, R.R. *Methods in clinical psychology: Projective assessment* (Vol. 1). New York: Plenum Press, 1978.
Holt, R.R., & Luborsky, L. *Personality pattems of psychiatrists: A study of methods for selecting residents* (Vol. 1). New York: Basic Books, 1958. *Holt* v. *Sarver,* 309F.
Supp. 362 (E.D. Ark. 1970).
Holtzman, W.H., Thorpe, J.S., Swartz, J.D., & Herrón, E.W. *Inkblot perception and personality.* Austin: University of Texas Press, 1961.
Holzberg, J.D., Knapp, R.H., & Turner, J.L. College students as companions for the mentally Ul. In E.L. Cowen, E.A. Gardner, & M. Zax (Eds.), *Emergent approaches to mental health problems.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1967.
Honigfeld, G., Gillis, R., & Klett, J. NOSIE 30: A treatment sensitive ward behavior scale. *Psychological Reports,* 1966,*19,* 180-182.
Hsu, J.J. Electroconditioning therapy of alcoholics. A preliminary report. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol,* 1965,*26,* 449-459. Hull, C.L. *Principies of behavior.*
New York: Appleton, 1943.
Hunt, W.A. *The clinicalpsychologist.* Springfield, 111.: Charles C. Thomas, 1956.
Hunt, W.A. Relations with other professions. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology.* New York: McGraw-Hill, 1965.
Hunt, W.A., & Jones, N.F. The experimental investigation of clinical judgment. In A.J. Bachrach (Ed.), *Experimental foundations ofclinical psychology.* New York: Basic Books, 1962, 26-51.
Hutt, C, & Hutt, S.J. Stereotypy, arousal and autism. *Human Development,* 1968,*11,* 277-286.
Hutt, C, & Ounsted, C. The biológica! significance of gaze aversión with particular reference to the syndrome of infantile autism. *Behavioral Science,* 1966, *11,* 346-356.
Hutt, S.J., & Hutt, C. (Eds.), *Behavior studies inpsychiatry.* Oxford: Pergamon, 1970.
Hyman, H.H., Cobb, W.J., Feldman, J.J,, Hart, C.W., & Stember, G.H. *Interviewing in social research.* Chicago: University of Chicago Press, 1954. Institute of
Personality Assessment and Research. *Annual report: 1969-1970.* Berkeley, Calif.: University of California, 1970.
Ittleson, W., Rivlin, L., & Proshansky, H.M. The use of behavioral maps in environmental psychology. In H. Proshansky, W. Ittleson, & L. Rivlin (Eds.), *Environmental psychology: Man and his physical setting.* New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1970, 658-668.
Jackson, B. Treatment of depression by self-reinforcement. *Behavior Therapy,* 1972, *3,* 298-307.
Jackson, D.N. *Personality research form manual.* Goshen, N.Y.: Research Psychologists Press, 1967.

Jackson, D.N., & Messick, S. Content and style in personality assessment. *Psychological Bulletin*, 1958, *55*, 243-252.
Jackson, D.N., & Messick, S. Acquiesence and desirability as response determinants on the MMPI. *Educational and Psychological Measurement*, 1961, *21*, 771-790.
Jacobson, A., Kales, A., Lehmann, D., & Zweizig, J.R. Somnambulism: All night electroencephalographic studies. *Science*, 1965,*148*, 975-977.
Jacobson, E. *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press, 1938.
Johnson, M.L. Seeing's believing. *New Biology*, 1953,*15*, 60-80.
Johnson, S.M., & Bolstad, O.D. Methodological issues in naturalistic observation: Some problems and solutions for field research. In L.A. Hamerlynck, L.C. Handy, & E.J. Mash (Eds.), *Behavior change: Methodology, concepts, and practice*. Champaign, 111.: Research Press, 1973, 7-67.
Johnson, S.M., & Lobitz, G.K. Parental manipulation of child behavior in home observations. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1974, 7, 23-32.
Joint Commission on Mental Illness and Health. *Action for mental health*. New York: Basic Books, 1961.
Jones, E. *The Ufe and work of Sigmund Freud* (Vols. 1, 2, and 3). New York: Basic Books, 1953, 1955, 1957.
Jones, E.E., & Nisbett, R.E. *The actor and the observen Divergent perceptions of the causes of behavior*. New York: General Learning Press, 1971.
Jones, H.E. et al. *Development in adolescence*. New York: Appleton-Century, 1943.
Jones, M.C. A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, 1924, *31*, 308-315. (a)
Jones, M.C. The elimination of childrens' fears. *Journal of Experimental Psychology*, 1924, 7, 382-380. (b)
Jones, R.R., Reid, J.B., & Patterson, G.R. Naturalistic observation in clinical assessment. In P. McReynolds (Ed.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 3). San Francisco: Jossey-Bass, Inc., 1975, 42-95.
Jourard, S.M. The effects of experimenters' self-disclosure on subjects' behavior. In C.D. Spielberger (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology*. New York: Academic Press, 1969, 109-150.
Jung, C.G. The association method. *American Journal of Psychology*, 1910,*21*,219-269.
Jurjevich, R.M. *The hoax of Freudism*. Philadelphia: Dorrence & Co., 1974.
Kagan, J. The measurement of overt aggression from fantasy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1956, *52*, 390-393.
Kagan, N. Influencing human interaction—Eleven years with IPR. In B.A. Jacobs, R.K. Buschman, R.F. Dency, D.T. Schaeffer, & J. Stieber (Eds.), *Counselor training*. Arlington, Va.: National Drug Abuse Training Center, 1974, 329-346.
Kahn, R.L., & Cannell, C.F. *The dynamics of interviewing: Theory, technique, and cases*. New York: Wüey, 1957.
Kahn, T.C. Personality projection on culturally structured symbols. *Journal of Projective Techniques*, 1955,*19*, 431-442. *Kaimowitz and Doe v. Department of Mental Health for the State of Michigan*, C.A.
73-19434-AW (Cir. Court of Wayne, Mich., July 10, 1973).
Kallman, W.M., & Feuerstein, M. Psychophysiological procedures. In A.R. Ciminero, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment*. New York: John Wiley & Sons, 1977, 329-364.
Kanfer, F.H. Vicarious human reinforcements: A glimpse into the black box. In L.

Krasner and L.P. Ullmann (Eds.), *Research in behavior modification.* New York: Holt, Rinehart, Winston, 1965, 244-267.
Kanfer, F.H. Verbal conditioning: A review of its current status. In T.R. Dixon & D.L. Horton (Eds.), *Verbal behavior and general behavior theory.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1968, 245-290.
Kanfer, F.H. Self management methods. In F.H. Kanfer and A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods.* New York: Pergamon Press, 1975, 309-355.
Kanfer, F.H., & Karoly, P. Self-control: A behavioristic excursión into the lion's den. *Behavior Therapy,* 1972,*3,* 398-416.
Kanfer, F.H., & McBrearty, J.F. Minimal social reinforcement and interview content. *Journal of Clinical Psychology,* 1962,*18,* 210-215.
Kanfer, F.H., & Saslow, G. Behavioral diagnosis. In C.M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status.* New York: McGraw-Hill, 1969, 417-444.
Kaplan, A. *The conduct of inquiry.* San Francisco: Chandler, 1964.
Karoly, P. Ethical considerations in the application of self-control techniques. *Journal of Abnormal Psychology,* 1975, *84,* 175-177.
Karst, T.O., & Trexler, L.D. Initial study using fixed-role and rational-emotive therapy in treating public speaking anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1970, *34,* 360-366.
Kass, R.E., & O'Leary, K.D. The effects of observer bias in field-experimental settings. Paper presented at a symposium on behavior analysis in education, University of Kansas, Lawrence, Kan., April 1970.
Katz, D. Do interviewers bias poli results? *Public Opinion Quarterly,* 1942, *6,* 248-268.
Katz, R.C., & Zlutnick, S. (Eds.). *Behavior therapy and health care: Principies and applications.* New York: Pergamon Press, 1975.
Kaul, T., & Bednar, R.L. Conceptualizing group research: A preliminary analysis. *Journal of Small Group Behavior,* 1978, 9, 173-191.
Kavanagh, D., & Zandler, H.A. A versatile recording system for studies of mastication. *Medical Electronics Biological Engineering,* 1965, *3,* 291-300.
Kazdin, A.E. Covert modeling and reduction of avoidance behavior. *Journal of Abnormal Psychology,* 1973, *81,* 87т-95.
Kazdin, A.E. Effects of covert modeling and model reinforcement on assertive behavior. *Journal of Abnormal Psychology,* 1974, *83,* 240-252. (a) Kazdin, A.E. Self-monitoring and behavior change. In M.J. Mahoney & CE. Thoresen (Eds.), *Self-control: Power to the person.* Monterey, Calif.: Brooks-Cole, 1974, 218-246. (b)
Kazdin, A.E. *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research.* Baltimore: University Park Press, 1978. (a)
Kazdin, A.E. Evaluating the generality of findings in analogue therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1978, *46,* 673-686. (b)
Kazdin, A.E., & Bootzin, R.R. The token economy: An evaluative review. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1972, 5, 343-372.
Kazdin, A.E., & Klock, J. The effect of nonverbal teacher approval on student attentive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1973, *6,* 643-654.
Kazdin, A.E., & Kopel, S.A. On resolving ambiguities of the múltiple baseline design: Problems and recommendations. *Behavior Therapy,* 1975, 6, 601-608.
Kazdin, A.E., & Wilcoxon, L.Ai Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological Bulletin,* 1976, *83,* 729-758.

Keefe, F.J., Kopel, S.A., & Gordon, S.B. *A practical guide to behavioral assessment.* New York: Springer, 1978.

Keeley, S.M., Shemberg, K.M., & Carbonell, J. Operant clinical intervention: Behavior management or beyond? Where are the data? *Behavior Therapy,* 1976, 7, 292-305.

Keller, F.S. A personal course in psychology. In R. Ulrich, T. Stachnik, & J. Mabry (Eds.), *Control of human behavior.* Glenview, 111.: Scott, Foresman, 1966, 91-93.

Kelly, E.L. Clinical psychology—1960: A report of survey findings. *Newsletter, División of Clinical Psychology of APA,* 1961,*14,* 1-11.

Kelly, E.L. Clinical psychology: The postwar decade. In I.N. Mensh (Ed.), *Clinical psychology: Science and profession.* New York: Macmillan, 1966, 104-121.

Kelly, E., & Fiske, D.W. *The prediction of performance in clinical psychology.* Ann Arbor, Mich. : University of Michigan Press, 1951.

Kelly, G. A. *The psychology of personal constructs.* New York: Norton, 1955. Kelly,

G.A. The theory and technique of assessment. In P.R. Farnsworth & Q. McNemar (Eds.), *Annual review of psychology* (Vol. 9). Palo Alto, Calif.: Annual Reviews, Inc., 1958, 323-352.

Kempler, W. Gestalt therapy. In R. Corsini (Ed.), *Currentpsychotherapies.* Itasca, 111.: Peacock, 1973, 251-286.

Kennedy, J.L., & Uphoff, H.F. Experiments on the nature of extra-sensory perception: III. The recording error criticism of extra-chance scores. *Journal of Parapsychology,* 1939, *3,* 226-245.

Kent, R.N., & Foster, S.L. Direct observational procedures: Methodological issues in naturalistic settings. In A.R. Ciminero, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment.* New York: John Wiley & Sons, 1977,279-328.

Kent, R.N., O'Leary, K.D., Diament, C, & Dietz, A. Expectation biases in observational evaluation of therapeutic change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1974, *42,* 774-781.

Kernberg, O. *Object relations, theory and clinical psychoanalysis.* New York: Jason Aronson, 1976.

Kessler, M., & Gomberg, C. Observations of barroom drinking: Methodology and preliminary results. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol,* 1974, *35,* 1392-1396.

Kiesler, D.J. Experimental designs in psychotherapy research. In A.E. Bergin and S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley & Sons, 1971.

Klein, M. *The psychoanalysis of children.* New York: Grove Press, 1960. Klein, M.,

Dittman, A.T., Parloff, M.B., & Gilí, M.M. Behavior therapy: Observations and reflections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1969, *33',* 259-266.

Kleinknecht, R.A., & Bernstein, D.A. Assessment of dental fear. *Behavior Therapy,* 1978, 9, 626-634.

Kleinmuntz, B. MMPI decisión rules for the identification of college maladjustment: A digital computer approach. *Psychological Monographs,* 1963, 77(14, Whole No. 477).

Klopfer, B., & Kelley, D.M. The technique of the Rorschach performance. *Rorschach Research Exchange,* 1937, *2,* 1-14.

Klopfer, B., & Kelley, D.M. *The Rorschach technique.* New York: Harcourt, Brace, & World, 1942.

Klopfer, W.G. *The psychological report.* New York: Grune & Stratton, 1960.

Kluckhohn, C. The influence of psychiatry on anthropology in America during the last 100 years. In J.K. Hall, G. Zilboorg, and H.A. Bunker (Eds.), *One hundred years of American psychiatry.* New York: Columbia University Press, 1944.

Knecht v. Gillman, 488F 2nd 1136-1137 (8th Cir. 1973).
Koffka, K. *Principies of Gestalt psychology.* New York: Harcourt, Brace, 1935.
Kohler, W. *The mentality ofapes* New York: Harcourt, Brace, 1925.
Kohut, H. *The analysL oj setf.* New York. International Uníversities Press, 1971.
Kopell, B.S., & Rosenbloom, M.J. Scalp-recorded potential correlates of psychological phenomena in man. In P. McReynolds (Ed.),*Advances inpsychological assessment* (Vol. 3). San Francisco: Jossey-Bass, 1975, 433-476.
Korchin, S.J. *Modern clinical psychology: Principies of intervention in the clinic and community.* New York: Basic Books, Inc., 1976
Korman, M. National conference on levels and patterns of professional training in psychology: The major themes. *American Psychologist,* 1974, *29,* 441-449.
Korman, M. (Ed.). *Levéis and patterns of professional training in psychology.* Washington, D.C.: American Psychological Association, 1976.
Korsch, B.M., & Negrete, V.F. Doctor-patient communication. *Scientific American,* 1972, *227,* 66-74.
Kostlan, A. A method for the empirical study of psychodiagnosis. *Journal of Consulting Psychology,* 1954,*18,* 83-88.
Kotchen, T. Existential mental health: An empirical approach. *Journal of Individual Psychology,* 1960,*16,* 174-181.
Krasner, L. Studies of the conditioning of verbal behavior. *Psychological Bulletin,* 1958, *55,* 148-171.
Krasner, L. Verbal conditioning and psychotherapy. In L. Krasner & L.P. Ullmann (Eds.), *Research in behavior modification.* New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1965, 211-228.
Krasner, L. Behavior therapy. In P.H. Mussen (Ed.), *Annual Review of Psychology* (Vol. 22). Palo Alto, Calif.: Annual Reviews, 1971.
Krasner, L. The future and past in the behaviorism-humanism dialogue. *American Psychologist,* 1978, *33,* 799-804.
Krasner, L., & Ullmann, L.P. (Eds.). *Research in behavior modification: New develop-ments and implications.* New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1965.
Krasner, L., & Ullmann, L.P. *Behavior influence and personality.* New York: Holt, Rinehart, & Winston, Inc., 1973.
Krech, D., Crutchfield, R.S., & Ballachey, E.L. *Individual in society.* New York: McGraw-Hill, 1962.
Kremers, J. *Scientific psychology and naive psychology.* Nijmegen, Netherlands: Drukkerij Gebr. Janssen N.V., 1960.
Kubany, E.S., & Sloggett, B.B. Coding procedure for teachers. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1973, *6,* 339-344.
Kubie, L.S. The pros and cons of a new profession: A doctórate in medical psychology. *Texas Reports on Biology and Medicine,* 1954,*12,* 125-170.
Kupfer, D.J., Detre, T.P., Foster, F.G., Tucker, G.J., & Delgado, J. The application of Delgado's telemetric mobility recorder for human, studies. *Behavioral Biology,* 1972, 7, 585-590.
Kutash, S.B. Modified psychoanalytic therapies. In B.B. Wolman (Ed.), *The therapist's handbook.* New York: Van Nostrand Reinhold, 1976, 87-116.
L'Abate, L. *Principies of clinical psychology.* New York: Grune & Stratton, 1964.
L'Abate, L. Introduction. In L. L'Abate (Ed.), *Models of clinical psychology.* Research paper number 22. Atlanta, Ga.: Georgia State College, 1969.
Lader, M.H., & Mathews, A.M. A physiological model of phobic anxiety and desen-sitization. *Behaviour Research and Therapy,* 1968, *6,* 411-421.

Laing, R.D. *The politics ofexperience.* New York: Pantheon, 1967.

Lamben, N.M., Cox, H.W., & Hartsough, C.S. The observability of intellectual functioning of first graders. *Psychology in the Schools,* 1970, 7, 74-85.

Lang, P.J. Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a ccustru.7t. In J.M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (Vol. 3). Washington, D.C.: American Psychological Association, 1968, 90-102.

Lang, P.J. The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis.* New York: Wiley, 1971, 75-125.

Lang, P.J. Research on the specificity of feedback training: Implication for the use of biofeedback in the treatment of anxiety and fear. In J. Beatty & H. Legewie (Eds.), *Biofeedback and behavior,* Proceedings of the NHTO Symposium on Biofeedback & Behavior, Munich, July 1976. New York: Plenum Press, 1977. Lang, P.J., &

Lazovik, A.D. Experimental desensitization of a phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1963, *66,* 519-525.

Lange.A. J.,& Jakubowski, P. *Responsible assertive training.* Champaign, 111.: Research Press, 1976.

Lanyon, R.I. Measurement of social competence in college males. *Journal of Consulting Psychology,* 1967, *31,* 495^98.

Lanyon, R.I., & Goodstein, L.D. *Personality assessment.* New York: Wiley, 1971.

LaPiere, R.T. Attitudes vs. actions. *Social Torces,* 1934,*13,* 230-237.

Lapouse, R., & Monk, M.A. An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health,* 1958, *48,* 1134-1144.

Lavigueur, H., Peterson, R.A., Sheese, J.G., & Peterson, L.W. Behavioral treatment in the home: Effects on an untreated sibling and long-term follow-up. *Behavior Therapy,* 1973, *4,* 431-441.

Lawlis, G.F. Response styles of a patient population on the Fear Survey Schedule. *Behaviour Research and Therapy,* 1971, 9, 95-102.

Lazaras, A.A. New methods in psychotherapy: A case study. *South African Medical Journal,* 1958, *32,* 660-664.

Lazaras, A. A. Group therapy of phobic disorders by systematic desensitization. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1961, *63,* 504-510.

Lazaras, A. A. *Behavior therapy and beyond.* New York: McGraw-Hill, 1971. Lazaras,

A.A. Multimodel behavior therapy: Treating the "basic id." *Journal ofNervous and Mental Disease,* 1973,*156,* 504-510.

Lazaras, R.S. Cognitive and personality factors underlying threat and copmg. In M.H. Appley & R. Tramball (Eds.), *Psychological stresst Issues in research.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1967, 151-169.

Leary, T., & Gilí, M. The dimensions and a measure of the process of psychotherapy: A system for the analysis of the content of clinical evaluations and patient-therapist verbalizations. In E.A. Rubinstein & M.B. Parloff (Eds.), *Research in psychotherapy* (Vol. 1). Washington, D.C.: American Psychological Association, 1959, 62-95.

LeBow, M.D., Goldberg, P.S., & Collins, A. A methodology for investigating differences in eating between obese and nonobese persons. *Behavior Therapy,* 1976, *7,* 707-709.

LeBow, M.D., Goldberg, P.S., & Collins, A. Eating behavior of overweight and nonoverweight persons in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1977, *45,* 1204-1205.

Lederer, W.J., & Jackson, D.D. *The mirages ofmarriage*. New York: Norton, 1968.
Ledvínka, J. Race of interviewer and the language elaboration of black interviewees. *Journal of Social Issues,* 1971, *27,* 185-197.
Ledwidge, B. Cognitive behavior modification: A step in the wrong direction? *Psychological Bulletin,* 1978, 85, 353-375.
Lee, S.D., & Temerlin, M.K. Social class, diagnosis, and prognosis for psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice,* 1970, 7,181-185.
Lehner, G.F. Defining psychotherapy. *American Psychólogist,* 1952, 7, 547.
Leitenberg, H. (Ed.). *Handbook of behavior modification and behavior therapy.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1976.
Leitenberg, H., Agras, W.S., Barlow, D.H., & Oliveau, D.C. Contribution of selective positive reinforcement and therapeutic instructions to systematic desensitization therapy. *Journal of Abnormal Psychology,* 1969, *74,* 113-118.
Leiter, R.G. The Leiter International Performance Scale. *University ofHawaii Bulletin,* 1936, 25 (7, Serial No. 13).
Lennard, H.L., & Bernstein, A. *The anatomy of psychotherapy: Systems ofcommunication and expectation.* New York: Columbia University Press, 1960.
Levenberg, S.B. Professional training, psychodiagnostic skill, and kinetic family drawings. *Journal of Personality Assessment,* 1975, *39,* 389-393.
Levinson, H. The clinical psychólogist as organizational diagnostician. *Professional Psychology,* 1972, *3,* 34-40.
Levis, D.J. The phobic test apparatus: An objective measure of human avoidance behavior to small objects. *Behaviour Research and Therapy,* 1969, 7, 309-315.
Levy, L.H. The skew in clinical psychology. *American Psychólogist,* 1962,*17,* 244-249.
Levy, L.H. *Psychological interpretation.* New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1963.
Lewandowski, D.G., & Sarcuzzo, D.P. The decline of psychological testing. *Professional Psychology,* 1976, 7, 177-184. Lewinsohn, P.M., Nichols, R.C., Pulos, L.,
Lomont, J.F., Nickel, H. J., & Siskind, G.
The reliability and validity of quantified judgments from psychological tests. *Journal of Clinical Psychology,* 1963,*19* 64-73.
Lewinsohn, P.M., & Shaffer, M. Use of home observations as an integral part of the treatment of depression: Preliminary report and case studies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 1971, *37,* 87-94.
Lewittes, D.J., Moselle, J.A., & Simmons, W.L. Sex role bias in clinical judgments based on Rors'chach interpretations. *Proceedings of the 81 st Annual Convention of the American Psychological Association,* 1973, *8,* 497-498.
Libby, W. The imagination of adolescents. *American Journal of Psychology,* 1908,*19,* 249-252.
Liberman, R.P. Behavioral approaches to family and couples therapy. *American Journal of Orthopsychiatry,* 1970, *40,* 106-118.
Liberman, R.P., DeRisi, W.J., King, L.W., Eckman, T.A., & Wood, D. Behavioral measurement in a community mental health center. In P.O. Davidson, F.W. Clark, & L.A. Hamerlynck (Eds.), *Evaluation of behavioralprograms.* Champaign, 111.: Research Press, 1974, 103-139.
Libet, J.M., & Lewinsohn, P.M. Concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1973, *40,* 304-312.
Lick, J.R. The effects of pretreatment demand characteristics on verbally reported fear. *Behavior Therapy,* 1977, *8,* 727-730.

Lidz, R.W., & Lidz, T. The family environment of schizophrenic patients. *American Journal ofPsychiatry*, 1949,*106*, 332-345.
Liebert, R.M., & Spiegler, M.D. *Personality* (2d ed.). Homewood, 111.: Dorsey Press, 1974.
Liebert, R.M., & Spiegler, M.D. *Personality: Strategies andissues* (3d ed.). Homewood, IU.: 1978.
Lindesmith, A.R., and Strauss, A. A critique of culture-personality writings. *American Sociological Review*, 1950,*15*, 587-600.
Lindner, R. *Thefifty minute hour*. New York: Rinehart, 1954. Lindner, R. The girl who couldn't stop eating. In H. Greenwald (Ed.), *Great cases in psychoanalysis*. New York: Ballantine, 1959, 107-151.
Lindsley, O.R., Skinner, B.F., & Solomon, H.C. *Studies in behavior therapy*. *Status repon 1*. Waltham, Mass.: Metropolitan State Hospital, 1953.
Lindzey, G. The thematic apperception test: Interpretive assumptions and related empirical evidence. *Psychological Bulletin,* 1952, *49,* 1-25.
Lindzey, G. On the classification of projective techniques. *Psychological Bulletin,* 1959, *56,* 158-68.
Lindzey, G. *Projective techniques and cross-cultural research*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1961.
Lindzey, G., Bradford, J., Tejessy, C, & Davids, A. Thematic apperception test: An interpretive lexicón. *Journal of Clinical Psychology Monograph Supplement,* 1959, No. 12.
Linehan, M.M. Issues in behavioral interviewing. In J.D. Cone & R.P. Hawkins (Eds.), *Behavioral assessment: New directions in clinical psychology*. New York: Bruner/ Mazel, 1977, 30-51.
Lipinski, D.P., Black, J.L., Nelson, R.O., & Ciminero, A.R. The influence of motivational variables on the reactivity and reliability of self-recording. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1975, *43,* 637-646.
Little, K.B., & Shneidman, E.S. Congruences among interpretations of psychological test and anamnestic data. *Psychological Monographs,* 1959, *73* (Whole No. 476).
Little, L.M., & Curran, J.P. Covert sensitization: A clinical procedure in need of some explanation. *Psychological Bulletin,* 1978, *85,* 513-531. Lloyd, D., & Newbrough, J.R. Previous conferences on gradúate education in psychology: A summary and review. In C.N. Zimet & F.M. Thorne (Eds.), *Preconference materials*. Washington, D.C.: American Psychological Assoc, 1965, 1-15.
Loevinger, J. Measurement in clinical psychology. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill, 1965, 78-94.
López, F.M., Jr. *Evaluating executive decisión making*. New York: American Management Association, 1966.
Lorion, R.P. Patient and therapist variables in the treatment of low income patients. *Psychological Bulletin, 191 A, 81,* 344-354.
Lorr, M., Klett, J., McNair, D.M., & Lasky, J.J. *Manual*. *Inpatient multidimensional psychiatric scale*. Veterans Administration, 1962.
Lubin, B.L. Adjective checklísts for measurement of depression. *Archives of General Psychiatry,* 1965,*12*, 57-62.
Lubin, B., & Lubin, A.W. Patterns of psychological services in the U.S.: 1959-1969. *Professional Psychology,* 1972, *3,* 63-67.
Lubin, B., Wallis, R.R., & Paine, C. Patterns of psychological test usage in the United

States: 1935-1969. *P.ofessional Psychology*, 1971,2, 70-74.
Luborsky, L. A note on Eysenck's article, "The effects of psychotherapy: An evaluation." *British Journal of Psychology*, 1954, *45*, 129-131.
Luborsky, L., & Spence, D.P. Quantitative research on psychoanalytic therapy. 1 Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior cht, ige* (2d ed). New York: Wiley, 1978, 331-368.
Lucero, R.J., & Meyer, B.T. A behavior rating scale suitable for use in mental hospitals. *Journal of Clinical Psychology*, 1951, 7, 250-254.
Ludwig, A.O., & Ranson, S.W. A statistical follow-up of effcctiveness of treatment of combat-induced casualties: Returns to full combat duty. *Müitary Surgeon*, 1947, *100*, 51-62.
Lushene, R.E., O'Neil, H.F., & Dunn, T. Equivalent validity of a completely computerized MMPI. *Journal of Personality Assessment*, 1974, *38*, 353-361.
MacDonald, M.L. Measuring assertion: A model and method. *Behavior Therapy*, 1978, 9, 889-S99.
MacDonald, M., & Bernstein, D.A. Treatment of a spider phobia with *in vivo* and imaginal desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1974, 5, 47-52.
MacDonald, M.L., Lindquist, C.V., Kramer, J.A., McGrath, R.A., & Rhyne, L.L. Social skills training: The effects of behavior rehearsal in groups on dating skills. *Journal of Counseling Psychology*, 1975, *22*, 224-230.
Machover, K. *Personality projection in the drawing ofthe human figure*. Springfield, 111.: Thomas, 1949.
MacPhülamy, D.J., & Lewinsohn, P.M. Measuring reinforcing events. *Proceedings ofthe 80th Annual Convention, American Psychological Association*, 1972.
Magai'et, A. Clinical methods: Psychodiagnostics.v4nnMa/7?ev¿eH'o/Pí>'c/io/c>g>', 1952,5, 283-320.
Mahl, G.F. Exploring emotional states by content analysis. In I. Pool (Ed.), *Trends in contení analysis*. Urbana, 111.: University of Illinois Press, 1959, 89-130.
Mahoney, K. Count on it: A simple self-monitoring device. *Behavior Therapy*, 1974, 5, 701-703.
Mahoney, M.J. The self-management of covert behavior: A case study. *Behavior Therapy*, 1971, *2*, 575-578.
Mahoney, M.J. *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1974. (a)
Mahoney, M.J. Self-reward and self-monitoringtechniques for weight control. *Behavior Therapy*, 1974, 5, 48-57. (b)
Mahoney, M.J. *Scientist as subject: The psychological imperative*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1976.
Mahoney, M.J. Experimental methods in outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, *46*, 660-672.
Mahoney, M.J., & Thoresen, CE. *Self-control: Power to the person*. Monterey, Calif.: Brooks-Cole, 1974.
Mahrer, A.R. (Ed.). *New approaches to personality classification*, New York: Columbia University Press, 1970.
Malmo, R.B., Shagass, C, & Davis, F.H. Symptom specificity and bodily reactions during psychiatric interview. *Psychosomatic Medicine*, 1950,*12*, 362-376.
Maloney, M.P., & Ward, M.P. *Psychological assessment: A conceptual approach*. New York: Oxford University Press, 1976.

Mann, P.A. *Community psychology: Concepts and applications.* New York: The Free Press, 1978.

Mannino, F.V., & Shore, M.F. The effects of consultation: A review of empirical studies. *American Journal of Community Psychology,* 1975, *3,* 1-21.

Marcia, J.E., Rubin, B.M., & Efran, J.S. Systematic desensitization: Expectancy change or counter conditioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 1969, *74*, 382-387.

Marks, P.A., & Seeman, W. *The actuarial description of abnormal personality.* Baltimore: Williams and Wilkins, 1963. Marx, M.H., & Hillix, W.A. *Systems and theories in psychology* (3d ed.) New York: McGraw-Hill, 1979.

Mash, E.J., & McElwee, J.D. Situational effects on observer accuracy: Behavior predictability, prior experience, and complexity of coding categories. *Child Development,* 1974, *45, Ibl-lll.*

Mash, E.J., & Terdal, L.G. (Eds.). *Behavior therapy assessment.* New York: Springer, 1976.

Mash, E.J., Terdal, L., & Anderson, K. The response-class matrix: A procedure for recording parent-child interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1973, *40,* 163-164.

Masling, J. The influence of situational and interpersonal variables in projective testing. *Psychological Bulletin*, 1960, *57,* 65-68.

Masling, J. Role-related behavior of the subject and psychologist and its effect upon psychological data. In D. Levine (Ed.), *Nebraska symposium on motivation, 1966.* Lincoln, Neb.: University of Nebraska Press, 1966, 67-103.

Maslow, A.H. *Motivation and personality.* New York: Harpers, 1954.

Maslow, A.H. *To-ward a psychology ofbeing.* Princeton, N.J.: D. Van Nostrand, 1962.

Maslow, A.H. Self-actualization and beyond. In J.F.T. Bugental (Ed.), *Challenges of humanistic psychology.* New York: McGraw-Hill, 1967. Maslow, A.H. *Toward a psychology of being* (2d ed.). New York: Van Nostrand Reinhold, 1968.

Maslow, A.H. *The farther reaches of human nature.* New York: Viking Press, 1971.

Masserman, J.H. *Behavior and neurosis: An experimental psycho-analytic approach to psychobiologic principies.* Chicago: University of Chicago Press, 1943.

Matarazzo, J.D. Prescribed behavior therapy: Suggestions from interview research. In A.J. Bachrach (Ed.), *Experimental foundations of clinical psychology.* New York: Basic Books, 1962, 471-509.

Matarazzo, J.D. The interview. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology.* New York: McGraw-Hill, 1965, 403-450.

Matarazzo, J.D. Higher education, professional accreditation, and licensure. *American Psychologist*, 1977, *32,* 856-859.

Matarazzo, J.D., Weins, A.D., Saslow, G., Dunham, R.M., & Voas, R. B. Speech durations of astronaut and ground communicator, *Science*, 1964,*143,* 148-150.

Matarazzo, J.D., Weitman, M., Saslow, G., & Weins, A.N. Interviewer influence on durations of interviewee speech, *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior,* 1963,*1*, 451^58.

Matarazzo, J.D., & Wiens, A.N. *The interview: Research on its anatomy and structure.* Chicago: Aldine-Atherton, 1972.

May, R. The origins and signifícance of the existential movement in psychology. In R. May, E. Ángel, & H.F. Ellenberger (Eds.), *Existence: A new dimensión in psychiatry and psychology.* New York: Basic Books, 1958, 3-36.

May, R. *Love and will*. New York: Norton, 1969.
May, R., Ángel, E., and Ellenberger, H.F. (Eds.), *Existence: A new dimensión in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books, 1958.
Mayman, M. Bibliography on clinical training, 1955-1963. In L. Blank & H.P. David (Eds.), *Sourcebook for training in clinical psychology*. New York: Springer, 1964.
McArthur, C.C. Clinical vs. statistical prediction. *Proceedings of the 1955 Invitational Conference on Testing Problems*. Princeton, N.J.: Educational Testing Service, 1956, 99-106.
McClelland, D.C., Atkinson, J.W., Clark, R.A., & Lowell, E.L. *The achievement motive*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1953.
McCoy, S.A. Clinical judgments of normal childhood behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1976, *44*, 710-714.
McFall, R.M. Effects of self-monitoring on normal smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1970, 35, 135-142.
McFall, R.M. Parameters of self-monitoring. In R.B. Stuart (Ed.), *Behavioral self-management: Strategies, techniques, andoutcome*. New York: Brunner/Mazel, 1977, 196-214.
McFall. R.M., & Hammen, C.L. Motivation, structure, and self-monitoring: Role of nonspecific factors in smoking reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1971, *37*, 80-86.
McFall, R.M., & Lillesand, D.B. Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, *77*, 313-323.
McFall, R.M., & Marston, A.R. An experimental investigation of behavioral rehearsal and assertive training. *Journal of Abnormal Psychology*, 1970, *76*, 295-303.
McFall, R.M., & Twentyman, C.T. Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling, and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 1973, *81*, 199-218.
McNamara, J.R. The use of self-monitoring techniques to treat nail biting. *Behaviour Research and Therapy*, 1972,*10*, 193-194.
McReynolds, P. Historical antecedents of personality assessment. In P. McReynolds (Ed.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 3). San Francisco: Jossey-Bass, 1975, 477-532.
McReynolds, P., Ballachey, E.L., & Ferguson, J.T. Development and evaluation of a behavioral scale for appraising the adjustment of hospitalized patients. *American Psychologist*, 1952, 7, 340.
McSweeny, A.J. Including psychotherapy in national health insurance: Insurance guidelines and other proposal solutions. *American Psychologist*, 1977,*32*, 722-730.
Mead, M. *Corning of age in Samoa*. New York: Morrow, 1928. Mead, M. *From the South Seas*. New York: Morrow, 1939.
Meador, B.D., & Rogers, C.R. Client-centered therapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca, 111.: F.E. Peacock, 1973,119-165.
Mednick, S.A., & Shaffer, J.B.P. Mothers' retrospective reports in child-rearing research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1963, *33*, 457-461.
Meehl, P.E. *Clinical versus statistical prediction*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1954.
Meehl, P.E. Wanted—A good cookbook. *American Psychologist*, 1956,*11*, 263-272.
Meehl, P.E. When shall we use our heads instead of the formula? *Journal ofCounseling Psychology*, 1957, *4*, 268-273.
Meehl, P.E. The cognitive activity of the clinician. *American Psychologist*, 1960, *15*, 19-27.

Meehl, P.E. Seer over sign: The first good example. *Journal of Experimental Research in Personality,* 1965,*1,* 27-32.
Meehl, P.E. Reactions, reflections, projections. In J.N. Butcher (Ed.), *Objective personality assessment.* New York: Academic Press, 1972, 131-189.
Mehlman, B. The reliability of psychiatric diagnosis. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1952, *47,* 577-578.
Meichenbaum, D.H. Examination of model characteristics in reducing avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology,* 1971,*17,* 298-307.
Meichenbaum, D. Cognitive modification of test anxious college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1972, *39,* 370-380.
Meichenbaum, D.H. Self instruction methods. In F.H. Kanfer and A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change.* New York: Pergamon Press, 1974.
Meichenbaum, D. *Cognitive behavior modification.* Morristown, N.J.: General Learning Press, 1974.
Meichenbaum, D. A cognitive-behavior modification approach to assessment. In M. Hersen & A.S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook.* New York: Pergamon Press, 1976, 143-171.
Meichenbaum, D.H., Gilmore, J.B., & Fedoravicius, A. Group insight vs. group desensitization in treating speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1971, *36,* 410-421.
Melnick, J. A comparison of replication techniques in the modification of minimal dating behavior. *Journal of Abnormal Psychology,* 1973, *81,* 51-59.
Melton, A.W. (Ed.). *Apparatus tests.* Washington: Government Printing Office, 1947,
Meltzer, M.L. Insurance reimbursement: A mixed blessing. *American Psychologist,* 1975, *30,* 1150-1156.
Meltzoff, J., & Kornreich, M. *Research in psychotherapy.* New York: Atherton Press, Inc., 1970.
Mendel, W.M., & Rapport, S. Determinants of the decisión for psychiatric hospitalization. *Archives of General Psychiatry,* 1969, *20,* 321-328.
Menninger, K. *A manual for psychiatric case study.* New York: Grune & Stratton, 1952.
Menninger, K. *The theory of psychoanalytic technique.* New York: Basic Books, 1958.
Mercatoris, M., & Craighead, W.E. The effects of non-participant observation on teacher and pupil classroom behavior. *Journal of Educational Psychology,* 1974, 66,512-519.
Merrill, M.A. The significance of IQ's on the revised Stanford-Binet scales. *Journal of Educational Psychology,* 1938,*29,* 641-651.
Meyer, M.L., & Gerrard, M. Gradúate training in community psychology. *American Journal of Community Psychology,* 1977, 5, 155-164.
Meyer, V., Liddell, A., & Lyons, M. Behavioral interviews. In A.R. Ciminero, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment.* New York: Wiley, 1977,117-152.
Meyers, J. Consultee centered consultation with a teacher as a technique in behavior management. *American Journal of Community Psychology,* 1975, *3,* 111-122.
Miklich, D.R. Radio telemetry in clinical psychology and related áreas. *American Psychologist,* 1975, JO, 419-425.
Miller, B.V., & Bernstein, D.A. Instructional demand in a behavioral avoidance test for claustrophobic fear. *Journal of Abnormal Psychology,* 1972, *80,* 206-210.
Miller, J.G. The nature of living systems. *Behavioral Science,* 1971,*16,* 277-301.

Miller, L.K., & Miller, O. Reinforcing self help group activities of welfare recipients. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1970, *3,* 57-64.

Miller, N.E. Learnable drives and rewards. In S.S. Stevens (Ed.), *Handbook of experimental psychology*. New York: Wiley, 1951, 435-472.

Miller, N.E. Learning of visceral and glandular responses. *Science*, 1969,*163*, 434-445.

Miller, N.E., & Dollard, J. *Social learning and imitation*. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1941.

Miller, P.M., Becker, J.V., Foy, D.W., & Wooten, L.S. Instructional control of the components of alcoholic dringing behavior. *Behavior Therapy*, 1974, 7, 472-480.

Miller, P.M., Hersen, M., Eisler, R.M., & Hilsman, G. Effects of social stress on operant drinking of alcoholics and social drinkers. *Behaviour Research and Therapy*, 1974, *12*, 67-72.

Mills, R.B., McDevitt, R.J., & Tonkin, S. Situational tests in metropolitan pólice recruit selection. *Journal of Criminal Law, Criminology, and Pólice Science,* 1966, *57,* 99-106.

Mintz, S. Survey of student therapists' attitudes toward psychodiagnostic reporte. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1968, *32,* 500.

Mischel, W. *Personality and assessment*. New York: Wiley, 1968.

Mischel, W. *Introduction to personality*. New York: Holt, Rinehart, Winston, 1971.

Mischel, W. Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review,* 1973, *80,* 252-283.

Moos, R.H. Behavioral effects of being observed: Reactions to a wireless radio transmitter. *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 1968, *32,* 383-388.

Moos, R.H. Assessment and impact of social climate. In P. McReynolds (Ed.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 3). San Francisco: Jossey-Bass, 1975, 8-41.

Moreno, J.L. *Psychodrama.* New York: Beacon House, 1946. Morgan, C.L. *Habit and instinct*. London: E. Arnold, 1896.

Morgan, C, & Murray, H.A. A method for investigating phantasies: The thematic apperception test. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1935, *34*, 289-306.

Morgan, H., & Cogger, J. *The interviewer's manual*. New York: Psychological Corporation, 1972.

Morganstern, K.P. Behavioral interviewing: The initial stages of assessment. In M. Hersen & A.S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment*. New York: Pergamon Press, 1976, 51-76.

Morris, C. *The open self*. New York: Prentice-Hall, 1948.

Morris, D. *Manwatching: A fieldguide to human behavior*. New York: Harry N. Abrams, Inc., 1977.

Mosak, H.H., & Dreikurs, R. Adlerian psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca, 111.: Peacock Press, 1973, 35-83.

Mosak, H.H., & Gushurst, R.S. Some therapeutic uses of psychologic testing. *American Journal of Psychotherapy,* 1972, *26,* 539-546.

Moustakas, CE., Sigel, I.E., & Schalock, H.D. An objective method for the measurement and analysis of child-adult interaction. *Child Development,* 1956,*27,*109-134.

Mowrer, O.H. A stimulus response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review,* 1939, *46,* 553-565.

Mowrer, O.H. *Learning theory and personality dynamics*. New York: Ronald Press, 1950.

Mowrer, O.H. *Learning theory and behavior*. New York: Wiley, 1960.

Mullahy, P. Non-Freudian analytic theories. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinicalpsychology*. New York: McGraw-Hill, 1965, 341-377.
Munroe, R. *Schools ofpsychoanalytic thought*. New York: Dryden Press, 1955.
Murray, H.A. *Explorations in personality*. Fairlawn, N.J.: Oxford, 1938. Murray, H.A. *Thematic apperception test*. Cambridge: Harvard University Press, 1943. Murrell, S.A. *Community psychology and social systems*. New York: Behavioral Publications, 1973.
Murstein, B.I. *Theory and research in projective techniques (emphasizing the TAT)*. New York: Wiley, 1963.
Murstein, B.I. Assumptions, adaptation level, and projective techniques. In B.I. Murstein (Ed.), *Handbook of projective techniques*. New York: Basic Books, 1965, 49-69.
Murstein, B. Normative written TAT responses for a coilege sample. *Journal of Personality Assessment*, 1972, *36*, 109-147.
Mussen, P.H., & Scodel, A. The effects of sexual stimulation under varying conditions on TAT sexual responsiveness. *Journal of Consulting Psychology*, 1955,*19*, 90.
Napoli, P.J. Interpretative aspects of finger painting. *Journal of Psychology*, 1947, *23*, 93-132.
Nathan, P.E. *Cues, decisions and diagnoses*. New York: Academic Press, 1967. Nay, W.R. *Behavioral intervention*. New York: Gardner Press, 1976.
Nay, W.R. *Multimethod clinical assessment*. New York: Gardner Press, 1979.
Nelson, R.O. Assessment and therapeutic functions of self-monitoring. In M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. New York: Academic Press, 1977, 264-308.
Nettler, G. Test burning in Texas. *American Psychologist*, 1959,*14*, 682-683.
Neuringer, C. (Ed.). *Psychological assessment of suicida?risk*. Springfield, 111.: Charles C. Thomas, 1974.
Newman, E. *Strictly speaking*. New York: Warner, 1974. Nietzel, M.T., & Bernstein, D.A. The effects of instructionally-mediated demand upon the behavioral assessment of assertiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1976, *44*, 500.
Nietzel, M.T., Martorano, R., & Melnick, J. The effects of covert modeling with and without reply training on the development and generalization of assertive responses. *Behavior Therapy*, 1977, *8*, 183-192.
Nietzel, M.T., & Moore, D. Generalization and maintenance effects of social leaming therapies for drug abuse: Indications of neglected criteria. *Drug Forum*. in press.
Nietzel, M.T., Winett, R.A., MacDonald, M.L., & Davidson, W.S. *Behavioral approaches to community psychology*, New York: Pergamón Press, 1977.
Nisbett, R.E. Taste, deprivation, and weight determinants of eating behavior. *Journal of Personality & Social Psychology*, 1968,*10*, 107-116.
Norman, W.T. Psychometric considerations for a revisión of the MMPI. In J.N. Butcher (Ed.), *Objective personality assessment: Changing perspectives*. New York: Academic Press, 1972, 59-83.
Nye, R.D. *Three views ofrnan: Perspectives from Sigmund Freud, B.F. Skinner, and Cari Rogers*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1975.
Nyman, L. Some odds on getting into Ph.D. programs in clinical psychology and counseling psychology. *American Psychologist*, 1973, *28*, 934—935.
O'Brien, J.S., Raynes, A.E., & Patch, V.D. Treatment of heroin addiction with aversión

therapy, relaxation training, and systematic desensitization. *Behaviour Research and Therapy*, 1972,*10*, 77-80.
O'Conner v. *Donaldson*, 422 U.S. 563 (1975).
O'Dell, J.W. P.T. Barnum explores the computer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1972, *38*, 270-273.
Office of Strategic Services Assessment Staff. *Assessment of men.* New York: Rinehart, 1948.
Olbrisch, M.E. Psychotherapeutic interventions in physical health: Effectiveness and economic efficiency. *American Psychologist*, 1977, *32*, 761-777.
Oldfield, R.C. *The psychology ofthe interview.* London: Methuen, 1941.
O'Leary, K.D., & Becker, W.C. Behavior modifícation of an adjustment class: A token reinforcement program. *Exceptional Children*, 1967, *33*, 637-642.
O'Leary, K.D., Becker, W.C, Evans, M.B., & Saudargas, R.A. A token reinforcement program in a public school: A replication and systematic analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1969, *2*, 3-13.
O'Leary, K.D., & Kent, R. Behavior modifícation for social action: Research tactics and problems. In L.A. Hamerlynck, L.C. Handy, & E.J. Mash (Eds.), *Behavior change: Methodology, concepts, and practice*. Champaign, 111.: Research Press, 1973, 69-96.
O'Leary, K.D., Kent, R.N., & Kanowitz, J. Shaping data collection congruent with experimental hypotheses. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1975, *8*, 43-51.
O'Leary, K.D., & O'Leary, S.G. (Eds.). *Classroom management*. Elmsford, N.Y.: Pergamon Press, 1972.
O'Leary, K.D., & Wilson, G.T. *Behavior therapy: Application and outcome.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1975.
Olive, H. Psychoanalysts' opinions of psychologists' reports: 1952 and 1970. *Journal of Clinical Psychology*, 1972, *28*, 50-54.
Orbach, CE., & Tallent, N. Modifícation of perceived body and body concepts following the construction of a colostomy. *Archives of General Psychiatry*, 1965,*12*,126-135.
Orne, M. On the social psychology of the psychological experiment: With particular reference to demand characteristics and their implications. *American Psychologist*, 1962,*17*, 776-783.
Orne, M.T., & Scheibe, K.E. The contribution of nondeprivation factors in the production of sensory deprivation effects: The psychology of the panic button. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1964, *68*, 3-12.
Orne, M.T., & Wender, P. Anticipatory socialization for psychotherapy: Method and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 1968,*124*, 88-98.
O'Rourke, J.F. Field and laboratory: The decision-making behavior of family groups in two experimental conditions. *Sociometry*, 1963,*26*, 422-435.
Osborne, J.G. Free-time as a reinforcer in the management of a classroom behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1969, 2, 113-118.
Oskamp, S. Overconfidence in case-study judgments. *Journal of Consulting Psychology*, 1965, *29*, 261-265.
Oskamp, S. Clinical judgments from the MMPI: Simple or complex? *Journal of Clinical Psychology*, 1967, *23*, 411-415.
Owens, W.A., & Henry, E.R. *Biographical data in industrial psychology: A review and evaluation*. Greensboro, N.C: Creativity Research Institute, The Richardson Foundation, 1966.

Palmer, J.O. *The psychological assessment ofchildren.* New York: Wiley, 1970.
Parloff, M.B., Waskow, I.E., & Wolfe, B.E. Research on therapist variables in relation to process and outcome. In S.L. Garfield and A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley, 1978, 233-282.
Pasamanick, B., Dinitz, S., & Lefton, M. Psychiatric orientation and its relation to diagnosis and treatment in a mental hospital. *American Journal of Psychiatry*, 1959, *116*, 127-132.
Patterson, G.R. *Families: Applications of social learning to family Ufe.* Champaign, 111.: Research Press, 1971.
Patterson, G.R., Cobb, J.A., & Ray, R. A social engineering technology for retraining the families of aggressive boys. In H.E. Adams & I.P. Unikel (Eds.), *lssues and trends in behavior therapy*, Springfield, 111.: Thomas, 1973, 139-224.
Patterson, G.R., Ray, R.S., Shaw, D.A., & Cobb, J.A. *Manual for coding of family interactions*, 1969 (Document No. 01234). Available from ASIS/NAPS, c/o Micro-fiche Publications, 305 East 46th St., New York, N.Y., 10017.
Patuxent Institution. *Maryland's defective delinquency statute: A progress repon.* Maryland Department of Public Safety and Corrections, 1973.
Paul, G.L. *Insight versus desensitization in psychotherapy: An experíment in anxiety reduction.* Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1966.
Paul, G.L. Behavior modification research: Design and tactics. In C.M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status.* New York: McGraw-Hill, 1969, 29-62. (a)
Paul, G.L. Outcome of systematic desensitization, II. In C. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status.* New York: McGraw Hill, 1969. (b)
Paul, G.L., & Lentz, R.J. *Psychosocial treatment of chronic mentalpatients: Milieu versus social-learningprograms.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1977.
Pavlov, I.P. *Conditioned reflexes.* New York: Oxford University Press, 1927.
Peck, C.P., & Ash, E. Training in the Veterans Administration. In L. Blank & H.P. David (Eds.), *Sourcebook for training in clinicalpsychology.* New York: Springer, 1964,61-81.
Penrose, L.S., & Raven, J.C. A new series of perceptual tests. *British Journal of Medical Psychology*, 1936,*16*, 97-104.
Perlman, B. Ethical concerns in community mental health. *American Journal of Community Psychology*, 1977, *5*, 45-58.
Perloff, R. Anwar: Menachem:: Dick: Nick. *APA Monitor*, 1978, 9 (1), 14.
Perls, F.S. *Ego, hunger, and aggression.* New York: Random House, 1947.
Perls, F.S. Gestalt therapy, Film no. 2. In Everett Shostrom (Ed.), *Three approaches to psychotherapy*. (Three 16 mm color motion pictures.) Santa Ana, Calif.: Psychological Films, 1965.
Perls, F.S. *Gestalt therapy verbatim.* Lafayette, Calif.: Real People Press, 1969.
Perls, F.S. Four lectures. In J. Fagan & I.L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now.* Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1970, 14-38.
Perls, F.S.,-Hefferline, R.F., & Goodman, P. *Gestalt therapy.* New York: Julián Press, 1951.
Peterson, D.R. *The clinical study of social behavior.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1968. (a)
Peterson, D.R. The doctor of psychology program at the University of Illinois. *American Psychologist*, 1968, *23*, 511-516. (b)
Peterson, D.R. Is psychology a profession? *American Psychologist*, 1976,*31* 576-581.
Peterson, D.R., & Barón, A. Status of the University of Illinois doctor of psychology program, 1974. *Professional Psychology*, 1975, *6*, 88-95.

Petzelt, J.T., & Craddick, R. Present meaning of assessment in psychology. *Professional Psychology*, 1978, 9, 587-591.

Phillips, E.L. *Counseling andpsychotherapy: A behavioral approach.* New York: Wiley. 1977.

Phillips, L. *Human adaptation and its failures.* New York: Academic Press, 1968.

Piaget, J. *The psychology of intelligence.* London: Kegan Paul, 1947.

Pinneau, S.R., & Milton, A. The ecological validity of the self report. *Journal of Genetic Psychology*, 1958, *93*, 249-276.

Piotrowski, Z. Digital computer interpretation of ink-blot test data. *Psychiatric Quarterly*, 1964, *38*, 1-26.

Pitrowski, Z. Psychological testing of intelligence and personality. In A.M. Freedman & H.I. Kaplan (Eds.), *Diagnosing mental illness: Evaluation in psychiatry and psychology*. New York: Atheneum, 1972, 41-85.

Pittenger, R.E., Hockett, C.F., & Danehy, J.J. *The first five minutes: A sample of microscopic interview analyses.* Ithaca, N.Y.: Paul Martineau, 1960.

Polakow, R., & Doctor, R. A behavioral modification program for adult drug offenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 1974,*11*, 63-69.

Polansky, N., Fieeman, W., Horowitz, M., Irwin, L., Papanis, N., Rappaport, D., & Whaley, F. Problems of interpersonal relations in research on groups. *Human Relations*, 1949, *2*, 281-291.

Polster, E., & Polster, M. *Gestalt therapy integrated: Contours of theory and practice.* New York: Brunner/Mazel, 1973.

Pomeranz, D.M., & Goldfried, M.R. An intake report outline for behavior modification. *Psychological Reports*, 1970, *26*, 447-450.

Pomerleau, O.F., & Brady, J.P. (Eds.). *Behavioral medicine: Theory and practice.* Baltimore: Williams & Wilkins, 1979.

Pomerleau, O.F., & Pomerleau, C.S. *Break the smoking habit.* Champaign, 111.: Research Press, 1977.

Pope, B., & Siegman, A.W. Interviewer warmth in relation to interviewee verbal behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, *32*, 588-595.

Porter, E.H., Jr. The development and evaluation of a measure of counseling interview procedures. *Educational and Psychological Measurement*, 1943, *3*, 105-126, 215-238.

Potash, H.M. Supervisión as personal growth. In A.I. Rabin (Ed.), *Clinical psychology: Issues of the seventies*. East Lansing: Michigan State University Press, 1974, 180-189.

Potkay, C.R. The role of personal history data in cHnical judgment: A selective focus. *Journal of Personality Assessment*, 1973, *37*, 203-213.

Pottharst, K.E. A brief history of the professional model of training. In M. Korman (Ed.), *llevéis and patterns of professional training in psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1976, 33-40.

Purcell, K., & Brady, K. Adaptation to the invasión of privacy: Monitoring behavior with a miniature radio transmitter. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 1966,*12*, 242-254.

Rabin, A.I. (Ed.). *Clinical psychology: Issues of the seventies.* East Lansing: Michigan State University Press, 1974.

Rabin, A.I., & Haworth, M.R. (Eds.). *Projective techniques with children.* New York: G une & Stratton, 1960.

Raimy, V.C. *Training in clinical psychology*. New York: Prentice-Hall, 1950.

Raines, G.N-, & Rohrer, J.H. The operational matrix of psychiatric practice, I.

Consistency and variability in interview impressions of different psychiatrists. *American Journal ofPsychiatry,* 1955,*111,* 721-733.

Raines, G.N., & Rohrer, J.H. The operational matrix of psychiatric practice, II. Variability in psychiatric impressions and the projection hypotheses. *American Journal of Psychiatry*, 1960,*117*, 133-139.

Rapaport, D. *Organization and pathology of thought.* New York: Columbia University Press, 1951.

Rapaport, D., Gilí, M.M., & Shafer, R. *Diagnostic psychological testing* (Vol. 1). Chicago: Yearbook, 1945.

Rapaport, D., Gilí, M.M., & Shafer, R. *Diagnostic psychological testing* (Vol. 2). Chicago: Yearbook, 1946.

Rapp, D.W. Detection of observer bias in the written record. Unpublished manuscript, University of Georgia, 1965.

Rappaport, J. *Community psychology: Valúes, research and action.* New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1977.

Rappaport, J., & Chinsky, J.M. Accurate empathy: Confusión of a construct. *Psychological Bulletin*, 1972, *77*, 40CM04.

Rappaport, J., & Chinsky, J.M. Models for delivery of services from a historical and conceptual perspective. *Professional Psychology*, 1974, 5, 42-50.

Raven, J.C. Standardization of progressive matrices, 1938. *British Journal of Medical Psychology*, 1941,*19*, 137-150.

Raymond, M.J. Case of fetishism treated by aversión therapy. *British Medical Journal,* 1956, 2, 854-857.

Redd, W.H., Porterfield, A.L., & Andersen, B.L. *Behavior modification: Behavioral approaches to human problems.* New York: Random House, 1979.

Rehm, L.P., & Marston, A.R. Reduction of social anxiety through modification of self-reinforcement: An instigation therapy technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1968, *32*, 565-574.

Reid, J.B. Reliability assessment of observatipn data: A possible methodological problem. *Child Development*, 1970, *41*, 1143-1150.

Reiff, R.R. Social intervention and the problem of psychological analysis. *American Psychologist*, 1968, *23*, 524-530.

Reik, T. *Listening with the third ear.* New York: Farrar, Straus, & Giroux, 1948.

Reimringer, M.J., Morgan, F., & Bramwell, P. Succinylcholine as a modifier of acting out behavior. *Clinical Medicine*, July 1970, *28-29*.

Reisman, J.M. *The development of clinical psychology.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1966. Report of the Task Force on the Role of Psychology in the Criminal Justice System.

American Psychologist, 1978, *33*, 1099, 1113. *Report to the President from the President's Commission on Mental Health* (V 1. 1).

Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1978.

Reynolds, W.M. Psychological tests: Clinical usage versus psychometric quality. *Professional Psychology*, 1979,*10*, 324-329.

Rice, S.A. Contagious bias in the interview: A methodological note. *American Journal of Sociology*, 1929, *35*, 420-423.

Richardson, S.A., Dohrenwend, B.S., & Klein, D. *Interviewing: Itsforms and functions.* New York: Basic Books, 1965.

Reissman, F. Strategies and suggestions for training nonprofessionals. *Community Mental Health Journal*, 1967, *3*, 103-110.

Rieu, E.V. (Trans.). *Homer: The Iliad.* Hammondsworth, Middlesex: Penguin, 1950.
Rimm, D.C., & Masters, J.C. *Behavior therapy: Techniques and empirical findings* (2d ed.). New York: Académic Press, 1979.
Rioch, M.J., Coulter, W.R., & Weinberger, D.M. *Dialogues for therapists: Dynamics of leaming and supervisión.* San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
Rioch, M.J., Elkes, C, Flint, A.A., Usdansky, B.S., Newman, R.G., & Silber, E. NIMH pilot study in training of mental health counselors. *American Journal of Orthopsychiatry,* 1963,*33,* 678-689.
Ritter, B. The use of contact desensitization, demonstration-plus-participation and demonstration-alone in the treatment of acrophobia. *Behaviour Research and Therapy,* 1970, *7,* 157-164.
Robbins, L.C. The accuracy of parental recall of child development and of child rearíng practices. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1963, *66,* 261-270.
Robinson, J.T., & Cohén, L.D. Individual bias in psychological reports. *Journal of Clinical Psychology,* 1954,*10,* 333-336.
Rodgers, D.A. Minnesota Multiphasic Personality Inventory. In O.K. Buros (Ed.), *The seventh mentalmeasurementsyearbook* (Vol. 1). Highland Park, N.J.: The Gryphon Press, 1972, 245-250.
Roe, A., Gustad, J.W., Moore, B.V., Ross, S., & Skodak, M. (Eds.). *Gradúate education in psychology.* Washington, D.C.: American Psychological Association, 1959.
Rogers, C.R. *The clinical treatment of the problem child.* Boston: Houghton Mifflin, 1939.
Rogers, C.R. *Counseling andpsychotherapy.* Boston: Houghton Mifflin, 1942.
Rogers, C.R. *Client-centered therapy.* Boston: Houghton Mifflin, 1951.
Rogers, C.R. *Psychotherapy and personality change.* Chicago: University of Chicago Press, 1954.
Rogers, C.R. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch, (Ed.), *Psychology: A study of a science, Vol. III, Formulations ofthe person and the social context.* New York: McGraw-Hill, 1959,184-256.
Rogers, C.R. *On becoming a person.* Boston: Houghton-Mifflin, 1961.
Rogers, C.R. Client-centered therapy, Film no. 1. In Everett Shostrom (Ed.), *Three approaches to psychotherapy.* (Three 16 mm. color motion pictures.) Santa Ana, Calif.: Psychological Films, 1965.
Rogers, C.R. (Ed.). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics.* With E.T. Gendlin, D.J. Kiesler, and C. Louax. Madison, Wis.: University of Wisconsin Press, 1967.
Rogers, C.R. *Freedom to learn.* Columbus, Ohio: Merrill, 1969.
Rogers, C.R. *Carl Rogers on encounter groups.* New York: Harper & Row, 1970.
Rogers, C.R. Remarks on the future of client-centered'therapy. In D.A. Wexler & L.N. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy.* New York: Wiley, 1974, 7-13.
Romanczyk, R.G., Kent, R.N., Diament, C, & O'Leary, K.D. Measuring the reliability of observational data: A reactive process. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1973, *6,*175-184.
Rorer, L.G. The great response style myth. *Psychological Bulletin,* 1965, *63,* 129-156.
Rosen, A. Detection of suicidal patients: An example of some limitations in the prediction of infrequent events. *Journal of Consulting Psychology,* 1954, *18,* 397-403.

Rosen, G.M. Is it really necessary to use mildly phobic analogue subjects? *Behavior Therapy*, 1975, *6*, 68-71.

Rosen, R.C., & Kopel, S.A. Penile plethysmography and biofeedback in the treatment of a transvestite-exhibitionist. *Journal ofConsulting and Clinical Psychology*, 1977. 45,908-916.

Rosenblatt, D. *Opening doors: What happens in Gestalt therapy*. New York: Harper & Row, 1975.

Rosenthal, H.R. The final dream: A criterion for the termination of therapy. In A. Adler & D. Deutsch (Eds.), *Essays in individual psychology*. New York: Grove Press, 1959, 400-409.

Rosenthal, R. *Experimenter effects in behavioral research.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1966.

Rosenthal, R., & Jacobsen, L. *Pygmalion in the classroom: Teacher expectations and pupils' ihtellectual development.* New York: Holt, Rinehart & Winston, 1968.

Rosenthal, T.L. Modeling therapies. In M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 2). New York: Academic Press, 1976, 53-97.

Rosenwald, G.C. Psychodiagnosis and its discontents: A contribution to the understanding of professional identity and compromise. *Psychiatry*, 1963, *26*, 222-240.

Rosenzweig, S. Apperceptive norms for the Thematic Apperception Test. I. The problem of norms in projective methods. *Journal of Personality*, 1949,*17*, 475-482.

Rosenzweig, S., & Fleming, E.E. Apperceptive norms for the Thematic Apperception Test. II. An empirical investigation. *Journal of Personality*, 1949,*17*, 483-503.

Rotter, J.B. *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1954.

Rotter, J.B. *Clinical psychology* (2d ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1971.

Rotter, J.B., & Rafferty, J.E. *The Rotter Incomplete Sentences Test*. New York: Psychological Corporation, 1950.

Rotter, J.B., & Wickens, D.D. The consistency and generality of ratings of "social aggressiveness" made from observation of role playing situations. *Journal of Consulting Psychology*, 1948,*12*, 234-239. *Rouse* v. *Cameron*, 373 F 2nd 451, 452 (D.C. Cir. 1966).

Routh, D.K., & King, K.M. Social class bias in clinical judgment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1972, *38*, 202-207.

Rugh, J.D. A telemetry system for measuring chewing behavior in humans. *Behavior Research Methods and Instrumentation*, 1971, *3*, 73-77.

Rugh, J.D., & Schwitzgebel, R.L. Instrumentation for behavioral assessment. In A.R. Ciminero, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment*. New York: John Wiley & Sons, 1977, 79-113.

Rutner, I.T. The modification of smoking behavior through techniques of self-control. Unpublished masters thesis, Wichita State University, 1967.

Rutner, I.T., & Pear, J.J. An observational methodology for investigating phobic behavior: Preliminary report. *Behavior Therapy*, 1972,*3*, 437-440.

Sacks, J.M., & Levy, S. The sentence completion test. In L.E. Abt & L. Bellak (Eds.), *Projective psychology*, New York: Knopf, 1950, 357-402.

Sahakian, W.S. *Psychology of personality: Readings in theory* (2d ed). Chicago: Rand-McNally, 1974.

Salter, A. *Conditioned reflex therapy: The direct approach to the reconstruction of personality*. New York: Creative Age Press, 1949.

Salzinger, K. Experimental manipulation of verbal behavior: A review. *Journal of Genetic Psychology*, 1959, *61*, 65-95.
Samph, T. The role of the observer and his effects on teacher classroom behavior. *Occasional Papers*, 1969, No. 2, Oakland Schools, Pontiac, Mich.
Sands, W.L. Psychiatric history and mental status. In A.M. Freedman & H.I. Kaplan (Eds.), *Diagnosing mental illness*. New York: Athenum, 1972, 20-40.
Sanford, F.H. Annual report of the executive secretary. *American Psychologist*, 1951, *6*. 664-670. Santostefano, S. Performance testing of personality. *Merrill-Palmer Quarterly*, 1962, *8*, 83-97.
Santostefano, S. Miníature situations and methodological problems in parent-child interaction research. *Merrill-Palmer Quarterly*, 1968,*14*, 285-312.
Sarason, I.G. The evolution of community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 1973, *1*, 91-97.
Sarason, I.G. *Abnormal psychology* (2d ed.) Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1976.
Sarason, S.B. *The clinical interaction, with special reference to the Rorschach*. New York: Harper, 1954.
Sarason, S.B. *The psychological sense of community: Prospects for community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1974.
Sarbin, T.R., Taft, R., & Bailey, D.E. *Clinical inference and cognitive theory*. New York: Holt, Rinehart, Winston, 1960.
Sashkin, M. Organizational development practices. *Professional Psychology*, 1973, *4*, 187-193.
Saslow, G., & Matarazzo, J.D. A technique for studying changes in interview behavior. In E.A. Rubinstein & M.B. Parloff (Eds.), *Research in psychotherapy* (Vol. 1). Washington, D.C.: American Psychological Association, 1959, 125-159.
Satir, V. *Conjoint family therapy* (Rev. ed.). Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1967.
Sattler, J.M., & Theye, R. Procedural, situational, and interpersonal variables in individual intelligence testing. *Psychological Bulletin*, 1967, *68*, 347-360.
Saúl, L.J. The psychoanalytic diagnostic interview. *Psychoanalytic Quarterly*, 1957, *26*, 76-90.
Sawyer, J. Measurement *and* prediction, clinical *and* statistical. *Psychological Bulletin*, 1966, *66*, 178-200.
Schaar, K. Vermont: Getting through the adult years. *APA Monitor*, 1978, *9*, 7.
Schachter, S., & Gross, L.P. Manipulated time and eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1968,*10*, 98-106.
Schaefer, H.H., & Martin, P.L. *Behavior therapy* (2d ed.). New York: McGraw-Hill, 1975.
Scheff, T.J. *Being mentally ill*. Chicago: Aldine, 1966.
Schmidt, H.O., & Fonda, C.P. The reliability of psychiatric diagnosis: A new look. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1956, *52*, 262-267.
Schofield, W. Standards for clinical psychology: Origins and evaluation. In L. Blank and H.P. David (Eds.), *Sourcebook for training in clinical psychology. New York: Springer, 1964. (a)*
Schofield, W. *Psychotherapy: The purchase of friendship*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1964. (b)
Schroeder, S.R. Automated transduction of sheltered workshop behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1972, 5, 523-525.

Schuller, D.Y., & McNamara, J.R. *Expectancy factors in behavioral observation.* Unpublished manuscript, 1975.

Schulmann, J.L., & Reisman, J. An objective measurement of hyperactivity. *American Journal of Mental Deficiency,* 1959, *64,* 455-456.

Schwartz, R.M., & Gottman, J. Toward a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1976, *44,* 910-920.

Schwitzgebel, R.K. *A contractual model for the protection of prisoners' rights.* Paper presented at the 82nd Annual Convention of the American Psychological Association, New Orleans, 1974.

Schwitzgebel, R.K., & Kolb, D.A. Inducing behavior change in adolescent delinquents. *Behaviour Research & Therapy,* 1964,*1,* 297-304.

Schwitzgebel, R.K., and Kolb, D.A. *Changing human behavior.* New York: McGraw-Hill, 1974.

Scott, R.D., & Johnson, R.W. Use of the weighted application blank in selecting unskilled employees. *Journal of Applied Psychology,* 1967, *51, 393-395.*

Sechrest, L.B. Incremental validity: A recommendation. *Educational and Psychological Measurement,* 1963, *23,* 153-158.

Seeman, J.A. A study of the process of nondirective therapy. *Journal of Consulting Psychology,* 1949,*13,* 157-168.

Seeman, J.A. On supervising student research. *American Psychologist,* 1973, *28,* 900-906.

Serber, M. Shame aversión therapy with and without heterosexual retraining. In R.D. Rubin, H. Fensterheim, J.D. Henderson, & L.P. Ullmann (Eds.), *Advances in behavior therapy.* New York: Academic Press, 1972,115-119.

Shadel, C.A. Aversión treatment of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies of Alcohol,* 1944, 5, 216-228.

Shaffer, G. W., & Lazarus, R.S. *Fundamental concepts in clinical psychology.* New York: McGraw-Hill, 1952.

Shakow, D. An internship year for psychologists (with special reference to psychiatric hospitals). *Journal of Consulting Psychology,* 1938, 2, 73-76.

Shakow, D. The training of the clinical psychologist. *Journal of Consulting Psychology,* 1942, *6,* 277-288.

Shakow, D. Recommended gradúate training program in clinical psychology. *American Psychologist,* 1947, 2, 539-558.

Shakow, D. Clinical psychology: An evaluation. In L.G. Lowrey & V. Sloane (Eds.), *Orthopsychiatry, 1923-1948: Retrospect and prospect.* New York: American Orthopsychiatric Association, Inc., 1948.

Shakow, D. Seventeen years later: Clinical psychology in the light of the 1947 CTCP report. *American Psychologist,* 1965, *20,* 353-362.

Shakow, D. Clinical psychology. In D.L. Sills (Ed.), *International encyclopedia of the social sciences.* London: Collier Macmillan, 1968.

Shakow, D. *Clinical psychology as science and profession.* Chicago: Aldine, 1969.

Shakow, D. What *is* clinical psychology? *The Clinical Psychologist,* 1975, *29,* 6-8.

Shakow, D. Clinical psychology seen some 50 years later. *American Psychologist,* 1978, *33,* 148-158.

Shannon, D., & Weaver, W. *The :nathematical theory of communication.* Urbana, 111.: University of Illinois Press, 1949.

Shapiro, A.K. Placebo effects in medicine, psychotherapy, and psychoanalysis. In A.E.

Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook ofpsychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1971.
Shemberg, K., & Kéeley, S. Psychodiagnostic training in the academic setting: Past and present. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1970, *34*, 205-211.
Sherman, M., Trief, P., & Sprafkin, R. Impression managément in the psychiatric interview: Quality, style, and individual differenccs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, *43*, *867-871*.
Shneidman, E.S. *The make-a-picture-story test*. New York: Psychological Corporation, 1949.
Shneidman, E.S. *Thematic test analysis*. New York: Grune & Stratton, 1951.
Shneidman, E.S. Projective techniques. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill, 1965, 498-521.
Shostrom, E.L. *Personal orientation inventory: An inventory for the measurement of self-actualization*. San Diego, Calif.: Educational and Industrial Testing Service,
Siegel, L., & Sameroff, A. Monitoring system for infant movement, vocalization and nurse interaction. *Behavior Research Methods and Instrumentation*, 1971, *3*, 305-306.
Siegman, A.W. Do interviewer mm-hmm's reinforce interviewee verbal productivity? *Proceedings ofthe 80th Annual Convention ofthe American Psychological Association*, 1972, 7, 323-324.
Siegman, A.W. The gain-loss principie and interpersonal attraction in the interview. *Proceedings ofthe División of Personality and Social Psychology*, 1974, 83-85.
Siegman, A.W. Do noncontingent interviewer mm-hmm's facilítate interviewee productivity? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*\ 1976, *44(2)* 171-182.
Sines, J.O. Aduanal methods in personality assessment. In B.A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research* (Vol. 3). New York: Academic Press, 1966, 133-193.
Sines, L.K. The relative contribution of four kinds of data to accuracy in personality assessment. *Journal of Consulting Psychology*, 1959,*23*, 483-492,
Sintchak, G., & Geer, J. A vaginal plethysmograph system. *Psychophysiology*, 1975,*12*, 113-115.
Siskind, G. Fifteen years later: A replication of "A semantic study of concepts of clinical psychoiogists and psychiatrists." *Journal of Psychology*, 1967, 65, 37-7.
Skinner, B.F. *Verbal behavior*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1948.
Skinner, B.F. *Science and human behavior*. New York: MacMiUan, 1953.
Skinner, B.F. *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1957.
Skinner, B.F. *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf, 1971.
Slack, C.W. Experimenter-subject psychotherapy: A new method of introducing intensive office treatment for unreachable cases. *Mental Hygiene*, 1960,*44*,238-256.
Slack, W.V., & VanCura, L.J. Patient reaction to computer-based medical interviewing. *Computen and Biomedical Research*, 1968,*1*, 527-531.
Smith, H. A comparison of interview and observation measures of mother behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1958, *57*, 278-282.
Smith, M.B., & Hobbs, N. The community and the community mental health center. *American Psychologist*, 1966, *21*, 499-509.
Smith, M.L., & Glass, G.V. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, *1977*,*32*, 752-760.
Smith, R.E., Diener, E., & Beaman, A. Demand characteristics and the behavioral

avoidance measures of fear in behavior therapy analogue research. *Behavior Therapy,* 1974, 5, 172-182.

Snyder, C.R. Acceptance of personality interpretations as a function of assessment procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1974, *42,* 150.

Snyder, C.R., & Larson, G.R. A further look at student acceptance of general personality interpretations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1972,*38,* 384-388.

Snyder, C.R., Shenkel, R.J., & Lowry, C.R. Acceptance of personality interpretations: The "Barnum effect" and beyond. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1977, *45,* 104-114.

Snyder, W.V. (Ed.). *Group repon of a program of research in psychotherapy.* State College, Penn.: Department of Psychology, Pennsylvania State University, 1953.

Snyder, W.V. Client-centered therapy. In L.A. Pennington & LA. Berg (Eds.), *An introduction to clinical psychology.* New York: Ronald, 1954, 529-556.

Snyder, W.V. An investigation of the nature of nondirective psychotherapy. *Journal of General Psychology,* 1945, *33,* 193-232.

Sobell, L.C., & Sobell, M.B. Outpatient alcoholics give valid self-reports. *Journal of Nervous and Mental Disease,* 1975,*161, 12-M.*

Sobell, M.B., Sobell, L.C., & Samuels, F.H. Validity of alcohol-related arrests by alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol,* 1974, 35, 276-280.

Sollod, R.N. Cari Rogers and the origins of client-centered therapy. *Professional Psychology,* 1978, 9, 93-104.

Solomon, R.L., Kamin, L.J., & Wynne, L.C. Traumatic avoidance learning: The outcomes of several extinction procedures with dogs. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1953, *48,* 291-302.

Soskin, W.F. Bias in postdiction from projective tests. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1954, *49,* 69-74.

Soskin, W., & John, V.P. The study of spontaneous talk. In R. Barker (Ed.), *The stream of behavior.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1963, 228-281.

Spanos, N.P. Witchcraft in histories of psychiatry: A critical analysis and an alternative conceptualization. *Psychological Bulletin,* 1978, 85, 417-439.

Spece, R. Conditioning and other techniques used to "treat?," "rehabilitate?," "demolish?" prisoners and mental patients. *Southern California Law Review,* 1972, *45,* 616-684.

Spence, K.W. *Behavior theory and conditioning.* New Haven, Conn.: Yale University Press, 1956.

Sjjielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. *The state-trait anxiety inventory (STAI) test manual for form X.* Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press, 1970.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. *The state-trait anxiety inventory (STAI) test manual for form X.* Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press, 1970.

Spitzer, R.L., Endicott, J., Fleiss, J.L., & Cohén, J. The psychiatric status schedule. *Archives of General Psychiatry,* 1970, *23,* 41-55.

Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., Burdock, E.I., & Hardesty, A.S. The mental status schedule: Rationale, reliability, and validity. *Comprehensive Psychiatry,* 1964, 5, 384-394.

Sprafkin, R.P. The rebirth of moral treatment. *Professional Psychology,* 1977, *8,* 161-169.

Stagner, R. The gullibility of personnel managers. *Personnel Psychology,* 1958, *11,* 347-352.

Stampfl, T.G., & Levis, D.J. *Implosive therapy: Theory and technique.* Morristown, N.J.: General Learning Press, 1973.
Stanton, H.R., & Litwak, E. Toward the development of a short form test of interpersonal competence. *American Sociological Review,* 1955, *20,* 668-674.
Stein, M.U. The use of sentence completion test for the diagnosis of personality. *Journal ofdinical Psychology,* 1947, *3,* 46-56.
Stevenson, I., & Sheppe, W.M., Jr. The psychiatric examination. In S. Arieti (Ed.), *American handbook ofpsychiatry* (Vol. 1). New York: Basic Books, 1959,215-234.
Stewart, D.J., & Patterson, M.L. Eliciting effects of verbal and nonverbal cues on projective test responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1973, *41,* 74-77.
Stone, D.R. A recorded auditory apperceptión test as a new projective technique. *Journal of Psychology,* 1950, *29,* 349-353.
Stricker, G. On professional schools and professional degrees. *American Psychologist,* 1975, *30,* 1062-1066.
Stricker, G. Implications of research for psychotherapeutic treatment of women. *American Psychologist,* 1977, *32,* 14-22.
Strother, C.R. *Psychology and mental health.* Washington, D.C.: American Psychological Association, 1956.
Strupp, H.H. *Psychotherapists in action: Explorations ofthe therapist's contribution to the treatment process.* New York: Grune & Stratton, 1960.
Strupp, H.H. The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy,* 1963,*1,* 1-13.
Strupp, H.H. Freudian analysis today. *Psychology Today,* 1972, 6(2), 33-40.
Strupp, H.H., & Hadley, S. A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. *American Psychologist,* 1977, *32,*197-196.
Stuart, R.B. *Guide to client-therapist treatment contract.* Champaign, 111.: Research Press, 1975.
Stuart, R.B., & Davis, B. *Slim chance in afat world.* Champaign, 111.: Research Press, 1972.
Stuart, R.B., & Stuart, F. *Marital pre-counseling inventory.* Champaign, 111.: Research Press, 1972.
Stuart, R.B., & Stuart, F. *Pre-marital counseling inventory.* Champaign, IL: Research Press, 1975.
Sullivan, H.S. *The interpersonal theory ofpsychiatry.* New York: Norton, 1953.
Sullivan, H.S. *The psychiatric interview.* New York: Norton, 1954.
Sulzer, E. Behavior modiñcation in adult psychiatric patients. In L.P. Ullmann & L. Krasner (Eds.), *Case studies in behavior modificaron.* New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1965.
Sundberg, N.D. The acceptability of "fake" versus "bona fide" personality test interpretations. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1955, *50,*145-147.
Sundberg, N.D. The practice of psychological testing in clinical services in the United States. *American Psychologist,* 1961,*16,* 79-83.
Sundberg, N.D. *Assessment ofpersons.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Haü, 1977.
Sundberg, N.D., & Tyler, L.E. *Clinical psychology: An introduction to research and practice.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1962.
Sundberg, N.D., Tyler, L.E., & Taplin, J.R. *Clinical psychology: Expanding horizons* (2d ed.), Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc., 1973.
Surratt, P.O., Ulrich, R.E., & Hawkins, R.P. An elementary student as a behavioral engineer. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1969,2, 85-92.

Szasz, T.S. The myth of mental illness. *American Psychologist,* 1960, 75, 113-118.

Szasz, T.S. The psychiatric classification of behavior: A strategy of personal constraint. In L.D. Eron (Ed.), *The classification of behavior disorders.* Chicago: Aldine, 1966.

Szondi, L., Moser, U., & Webb, M.W. *The Szondi test in diagnosis, prognosis and treatment.* Philadelphia: Lippincott, 1959.

Taft, J. *The dynamics of therapy in a controlled relationship.* New York: Harper, 1951.

Taft, R. The ability to judge people. *Psychological Bulletin,* 1955, *52,* 1-23.

Tallent, N. An approach to the improvement of clinical psychological reports. *Journal of Clinical Psychology,* 1956,*12,* 103-109.

Tallent, N. On individualizing the psychologist's clinical evaluation. *Journal of Clinical Psychology,* 1958, *14,* 243-244.

Tallent, N. *Psychological repon writing.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1976.

Tallent, N., & Reiss, W.J. Multidisciplinary views on the preparation of written, psychological reports, III. The trouble with psychological reports. *Journal of Clinical Psychology,* 1959,*15,* 444-446.

Taplin, P.S., & Reid, J.B. Effects of instructional set and experimenter influence on observer reliability. *Child Development,* 1973, *44,* 547-554. *Tarasoffv. Regents of the University of California,* sup. 131 Cal. Rptr. 14 (1976).

Tarde, G. *The laws ofimitation.* New York: Holt, 1903. Tarler-Benlolo, L., & Love, W.A. A sexual phobia treated with macadamia nuts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* 1977, *8,* 113-114.

Tasto, D.L., Hickson, R., & Rubin, S.E. Scaled profile analysis of fear survey schedule factors. *Behavior Therapy,* 1971, 2, 543-549.

Taylor, J.A. A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1953, *48,* 285-290.

Taylor v. *United States,* 95 U.S. App. O.C. 373, 222 F.2d 398, 401 (1955).

Temerlin, M.K. Suggestion effects in psychiatric diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease,* 1968,*147,* 349-353.

Temerlin, M.K. Diagnostic bias in community mental health. *Community Mental Health Journal,* 1970, *6,* 110-117.

Teuber, H.L., & Pow«rs, E. Evaluating therapy in a delinquency prevention program. *Research Publications of the Association for Research in Nervous and Mental Disease, 1951,31,* 138-147.

Tevekhov.Y. A system for the study of man's equilibrium. *Biomedical Engineering, 191 A, 9,* 478-480.

Thackray, R.I., & Orne, M.T. Effects of the type of stimulus employed and fhe level of subject awareness on the detection of deception. *Journal of Applied Psychology,* 1968, *52,* 234-239.

Tharp, R.G., & Wetzel, R.J. *Behavior modification in the natural environment.* New York: Academic Press, 1969.

Thomas, D.R., Becker, W.C., & Armstrong, M. Production and elimination of disruptive classroom behavior by systematically varying teacher's behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 1968,*1,* 35-45.

Thomas, D.S. *Some new techniques for studying social behavior.* New York: Columbia University, 1929.

Thomas, D.S., Loomis, A.M., & Arrington, R.E. *Observational studies of social behavior* (Vol. 1). Yale University: Institute of Human Relations, 1933.

Thomas, E.J. Bias of therapist influence in behavioral assessment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* 1973, *4,* 107-111.

Thompson, T., & Grabowski, J. (Eds.). *Behavior modification ofthe memally retarded.* New York: Oxford University Press. 1972.
Thoresen, CE., & Mahoney, M.J. *Behavioral self control.* New York: Holt, Rinehart & Winston, 1974.
Thorndike. E.L. *Animal intelligence.* New York: MacMillan, 1911.
Thorndike, E.L., Terman, L.M., Freeman, F.N., Colvin, S.S., Pintner, R., Ruml, B., Pressey, S.L., Henmon, A.C., Peterson, J., Thurstone, L.L., Woodrow, H., Dearborn, W.F., & Haggerty, M.E. Intelligence and its measurement: A symposium. *Journal of Educational Psychology,* 1921,*12,* 123-147, 195-216.
Thorne, F.C. Theoretical foundations of directive psychotherapy. *Cunera Trenas in Clinical Research,* 1948, *49,* 867-928.
Thorne, F.C. *lntegrative psychology*. Brandon, V.: Clinical Psychology Publishing Co., 1967
Thorne, F.C. Valué factors in clinical judgment. *Journal of Clinical Psychology,* 1969,*25,* 231.
Thorne, F.C. Clinical judgment. In R.H. Woody & J.D. Woody (Eds.), *Clinical assessment in counseling and psychotherapy.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1972, 30-85.
Thorne, F.C. Eclectic psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies.* Itasca, 111.: F.E. Peacock Publishers, Inc., 1973.
Tiffin, J., Parker, B.J., & Haberstat, R.W. The analysis of personnel data in relation to tumover on a factory job. *Journal of Applied Psychology,* 1974, *31,* 615-616.
Time. Beating the devil. February 7, 1969, 30.
Toepfer, C., Reuter, J., & Maurer, C. Design and evaluation of an obedience training program for mothers of preschool children. *Journal of Consulting, and Clinical Psychology,* 1972, *39,* 194-198.
Tomkins, S.S. *The Tomkins-Horn Picture Arrangement Test.* New York: Springer, 1957.
Trexler, L.D., & Karst, T.O. Rational-emotive therapy, placebo, and no treatment effects on public speaking anxiety. *Journal of Abnormal Psychology,* 1972, *79,* 60-67.
Tryon, R.C. Psychology in flux: The academic-professional bipolarity. *American Psychohgist,* 1963,*18,* 134-43.
Tryon, W.W. A system of behavioral diagnosis. *Professional Psychology,* 1976, 7, 495-506.
Twain, D., McGee, R., & Bennett, L.A. Functional áreas of psychological activity. In S.L. Brodsky (Ed.), *Psychologists in the criminal justice system.* Urbana, 111.: University of Illinois Press, 1973.
Twentyman, C.T., & McFall, R.M. Behavioral training of social skills in shy males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1975, 43,* 394-395. University of Illinois Press, 1973.
Ullmann, L.P. Behavioral community psychology: Imph'cations, opportunities, and responsibilities. Forward to M.T. Nietzel, R.A. Winett, M.L. MacDonald, W.S. Davidson, *Behavioral approaches to community psychology.* New York: Pergamon Press, 1977.
Ullmann, L.P., & Hunríchs, W.A. The role of anxiety in psychodiagnosis: Replication and extensión. *Journal of Clinical Psychology,* 1958,*14,* 276-279.
Ullmann, L.P., & Krasner, L. (Eds.) *Case studies in behavior modification.* New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1965.
Ullmann, L.P., & Krasner, L. *A psychological approach to abnormal behavior.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1969.

Ullmann, L.P., & Krasner, L. *A psychological approach to abnormal behavior.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1975.

Ulrich, R.E., Stachnik, T.J., & Stainton, N.R. Student acceptance of generalized personality interpretations. *Psychological Reports,* 1963,*13,* 831-834.

Underwood, B.J. *Psychological research.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1957.

U.S. President's Commission. *The challenge of crime in a free society: A repon by the president's commission on law enforcement and administration of justice.* Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1967.

Van Lennep, D.J. The Four-Picture Test. In H.H. Anderson and G.L. Anderson (Eds.), *An introduction to projective techniques.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1951.

Vaughn, C.L., & Reynolds, W.A. Reliability of personal interview data. *Journal of Applied Psychology,* 1951, *35,* 61-63.

Verny, T.R. *Inside groups: A practical guide to encounier groups and group therapy.* New York: McGraw-Hill, 1974.

Vietze, P., Foster, M., & Friedman, S. A portable system for studying head movements in infants in relation to contingent and noncontingent sensory stimulation. *Behavior Research, Methods and Instrumentation,* 1974, *6,* 338-340.

Wachtel, P.L. *Psychoanalysis and behavior therapy.* New York: Basic Books, 1977.

Wade, T.C., & Baker, T.B. Opinions and use of psychological tests: A survey of clinical psychologists. *American Psychologist,* 1977, *32,* 874-882.

Wahler, R.G., & Leske, G. *Accurate and inaccurate observer summary reports.* Unpublished manuscript, University of Tennessee, 1972.

Wahler, R.G., Winkel, G.H., Peterson, R.F., & Morrison, D.C. Mothers as behavior therapists for their own children. *Behaviour Research and Therapy,* 1965, *3,* 113-134.

Walker, R.G. A comparison of clinical manifestations of hostility with Rorschach and MAPS performance. *Journal of Projective Techniques,* 1951,*15,* 444-460.

Walker, R.S., & Walsh, J.A. As others see us? The Medieval Multi-Purpose Inquiry. *Perceptual and Motor Skills,* 1969, *28,* 414.

Wallace, J. An abilities conception of personality: Some implications for personality measurement. *American Psychologist,* 1966,*21,* 132-138.

Wallace, J. What units shall we employ? Allport's question revisited. *Journal of Consulting Psychology,* 1967, *31,* 56-64.

Wallen, R.W. *Clinical psychology: Thestudy ofpersons.* New York: McGraw-Hill, 1956.

Waller, R.G., & Leske, G. Accurate and inaccurate observer summary reports. *Journal ofNervous and Mental Disease,* 1973,*156,* 386-394.

Wallerstein, R.S., & Sampson, H. Issues in research in the psychoanalytic process. *International Journal of Psychoanalysis,* 1971, *52,* 11-50.

Walls, R.T., Werner, T.J., Bacon, A., & Zane, T. Behavior checklists. In J.D. Cone & R.P. Hawkins (Eds.), *Behavioral assessment: New directions in clinical psychology.* New York: Brunner/Mazel, 1977, 77-146.

Walsh, W.B. Validity of self-report. *Journal ofCounseling Psychology,* 1967,*14,*18-23.

Walter, H.I., & Gilmore, S.K. Placebo versus social learning effects in parent training procedures designed to alter the behavior of aggressive boys. *Behavior Therapy,* 1973, *4,* 361-377.

Wandersman, A., Poppen, P., & Ricks, D. *Humanism and behaviorism: Dialogue and growth.* New York: Pergamon Press, 1976.

Watley, D.J Feedback training and improvement of clinical forecasting. *Journal of Counseling Psychology,* 1968, *15,* 167-171.

Watson, D.L., & Tharp, R.G. *Self-directed behavior: Self-modificarion for personal adjustment.* Monterey, Calif.:Brooks-Cole, 1972.

Watson, J.B. Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review,* 1913, *20,* 158-177.

Watson, J.B. *Psychology from the standpoint. of a behaviorist.* Philadelphia: J.D. Lippincott, 1919.

Watson, J.B. *Behaviorism.* New York: Norton, 1924. Watson, J.B. *Behaviorism.* New York: Norton, 1930 (Rev. ed.).

Watson, J.B., & Rayner, R. Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology,* 1920, *3,* 1-14.

Watfon, R.I. *The clinical method in psychology.* New York: Harper, 1951.

Watson, R.I. A brief history of clinical psychology. *Psychological Bulletin,* 1953, *50,* 321-346.

Watson, R.I. *The great psychologists from Aristotle to Freud.* Philadelphia: Lippincott, 1963.

Webb, E., Campbell, D.T., Schwartz, R.D., & Sechrest, L.B. *Unobtrusive measures: Nonreactive research in the social sciences.* Chicago: Rand-McNally, 1966.

Weick, K.E. Systematic observational methods. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (Vol. 2) (2d ed.). Reading, Mass.: Addison-We*ley, 1968, 357-451.

Weinman, B., Gelbart, P., Wallace, M., & Post, M. Inducing assertive behavior in chronic schizophrenics: A comparison of socio-environmental, desensitization, and relaxation therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1972, *39,* 246-252.

Weiss, R.L., & Margolin, G. Assessment of marital conflict and accord. In A.R. Ciminero, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment.* New York: John Wiley, 1977, 555-602.

Weiss, T., & Engel, B.T. Operant conditioning of heart rate in patients with premature ventricular contractions. *Psychosomatic Medicine,* 1971, *33,* 301-321.

Wellner, A.M. Survey of psychology services in state mental hospitals. *American Psychologist,* 1968, *23,* 377-380.

Wells, F.L., & Ruesch, J. *Mental examinen' handbook* (2d ed.). New York: Psychological Corporation, 1945.

Wenar, C, & Coulter, J.B. A reliability study of developmental histories. *Child Development, 1962, 33,453-462.*

Wernick, R. *They've gol your number.* New York: Norton, 1956.

Werry, J.S., & Quay, H.C. Observing the classrOom behavior of elementary school children. *Exceptional Children,* 1969,55, 461-476.

Wertheimer, M. Studies in the theory of Gestalt psychology. *Psychological Forschung,* 1923, *4,* 300-350.

Wertheimer, M., Barclay, A.G., Cook, S.W., Kiesler, C.A., Koch, S., Riegel, K.F., Rorer, L.G., Senders, V.L., Smith, M.D., & Sperling, S.E. Psychology and the future. *American Psychologist,* 1978,*33,* 631-647.

Wexler, D.B. Token and taboo: Behavior módification, token economics and the law. *California Law Review,* 1973, *61,* 81-109.

Wexler, D.B. Of rights and reinforcer. *San Diego Law Review,* 1974,*11,* 957-971. (a)

Wexler, D.B. Mental health law and the movement toward voluntary treatment. *California Law Review,* 1974, *62,* 671-692. (b)

Wheeler, D.R. Imaginal productivity tests: Beta inkblot test. In H.A. Murray (Ed.), *Explorations in Personality.* New York: Oxford University Press, 1938,111-150.

Wheeler, W.M. An analysis of Rorschach índices of male homosexuality. *Journal of Projective Techniques,* 1949,*13,* 97-126.

White, B.L., & Watts, J.C. (Eds.). *Experience and environment: Major influences on the development of the young child* (Vol. 1). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1973.

White, R.A. The influence of the experimenter motivation, attitudes and methods of handling subjects in Psi test results. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of parapsychology,* New York: Van Nostrand Reinhold, 1977, 273-301.

White, R.F., & Watt, N.F. *The abnormalpersonality* (4th ed.). New York: Ronald Press, 1973.

Whitehom, J.C. Guide to interviewing and clinical personality study. *Archives of Neurology and Psychiatry,* 1944, *52,* 197-216.

Wicker, A.W. Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects *Journal of Social Issues,* 1969, *25,* 41-78.

Wiens, A.N. The assessment interview. In I.B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology*. New York: Wiley, 1976, 3-60.

Wiggins, J.S. *Personality and prediction: Principies of personality assessment.* Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1973.

Wildman, B.G., & Erickson, M.T. Methodological problems in behavioral observation. In J.D. Cone & R.P. Hawkins (Eds.), *Behavioral assessment: New directions in clinical psychology.* New York: Brunner/Mazel, 1977, 255-273.

Wilkins, W. Desensitization: Social and cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe's procedure. *Psychological Bulletin,* 1971, *76,* 311-317.

Wilkins, W. Expectancy of therapeutic gain: An empirícal and conceptual critique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1973, *40,* 69-77.

Wilkins, W. Self-fulfilling prophecy: Is there a phenomenon to explain? *Psychological Bulletin,* 1977, *584,* 55-56.

Williams, R.B., & Gentry, W.D. *Behavioral approaches to medical treatment.* Cambridge, Mass.: Ballinger, 1977.

Williams, R.J., & Brown, R.A. Differences in baseline drinking behavior between New Zealand alcoholics and normal drinkers. *Behaviour Research and Therapy,* 1974,*12,* 287-294.

Williams, T.R. *Field methods in the study of culture*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1967.

Willis, J., & Giles, D. Behaviorism in the twentieth century: What we have here is a failure to communicate. *Behavior Therapy,* 1978, *9,*15-27.

Willis, T.A., Weiss, R.L., & Patterson, G.R. A behavioral analysis of the determinants of marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1974, *42,* 802-811.

Wilson, G.T. On the much discussed term "behavior therapy." *Behavior Therapy,* 1978, *9,* 89-98.

Wilson, G.T., & Davison, G.C. Aversión techniques in behavior therapy: Some theoretical and methodological considerations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1969, *33,* 327-329.

Wilson, G.T., & Davison, G.C. Processes of fear reduction in systematic desensitization: Animal studies. *Psychological Bulletin,* 1971, *76,* 1-14.

Wilson, M.L., & Rappaport, J. Personal self-disclosure: Expectancy and situational effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1974, *42,* 901-908.

Windle, C, Bass, R.D., & Taube, C.A. PR aside: Initial results from NIMH service program evaluation studies. *American Journal of Community Psychology,* 1974,2, 311-327.

Wing, J.K., Cooper, J.E., & Sartorius, N. *The measurement and classification of psychiatric symptoms.* London: Cambridge University Press, 1974. Wittenborn, J.R. *The Wittenborn Psychiatric Rating Scales.* New York: The Psychological Corporation, 1955.

Wolberg, L.R. *The technique of psychotherapy* (2d ed). New York: Gruñe & Stratton, 1967.

Wolf, G.A. *Collecting data from patients.* Baltimore: University Park Press, 1977.

Wolman, B.B. (Ed.). *Handbook of clinical psychology.* New York: McGraw-Hill, 1965.

Wolpe, J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition.* Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1958.

Wolpe, J. *The practice of behavior therapy.New* York: Pergamon, 1969. Wolpe, J. *The practice of behavior therapy* (2d ed.). New York: Pergamon, 1973.

Wolpe, J., & Lang, P.J. A fear survey schedule for use in behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy,* 1964,2, 27-30.

Wolpe, J., & Lang, P.J. *Fear Survey Schedule.* San Diego, Calif.: Educational and Industrial Testing Service, 1969.

Wolpe, J., & Lazaras, A.A. *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses.* New York: Pergamon Press, 1966.

Woltmann, A.G. The use of puppetry as a projective method in therapy. In H.H. Anderson & G.L. Anderson (Eds.), *An introduction to projective techniques.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1951, 606-638.

Woods, J.P. Careers: New models, new roles, new work. *APA Monitor,* January, 1976, 6-7.

Woody, R.H. Process and behavioral consultation. *American Journal of Community Psychology,* 1975, *3,* 277-286.

Wright, H.F. Observational child study. In P.E. Mussen (Ed.), *Handbook of research methods in clinical development.* New York: Wiley, 1960, 71-139.

Wright, H.F. *Recording and analyzing child behavior: With ecological data from an American town.* New York: Harper & Row, 1967.

Wroblewski, P.F., Jacob, T., & Rehm, L.P. The contribution of relaxation to symbolic modeling in the modification of dental fears. *Behaviour Research and Therapy,* 1977, 75,113-114.

Wyatt, F. What is clinical psychology? In A.Z. Guiora & M.A. Brandwin (Eds.), *Perspectives in clinical psychology.* Princeton, N.J.: VanNostrand, 1968, 222-238.

Wyatt v. *Aderholt,* 503 F2d 1305 (5th cir. 1974). *Wyatt v. Stickney,* 344 F Supp. 373, 380 (N.D. Alabama, 1972).

Yalom, I. *The theory and practice ofgroup psychotherapy.* New York: Basic Books, 1975.

Yang, R.K., & Bell, R.Q. Assessment of infants. In P. McReynolds (Ed.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 3). San Francisco: Jossey-Bass, 1975,137-185.

Yarrow, M.R., Campbell, J.D., & Burton, R.V. *Chüd-rearing: An inquiry into research and methods.* San Francisco: Jossey-Bass, 1968.

Yarrow, M.R., Campbell, J.D., & Burton, R.V. Recollections of childhood: A study of the retrospective method. *Monographs of the Society for Research in Child Development,* 1970, 55 (5, No. 138).
Yates, A.J. *Behavior therapy.* New York: Wiley & Sons, 1970.
Zax, M., & Cowen, E.L. *Abnormalpsychology: Changing conceptions.* New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1972.
Zax, M., & Specter, G.A. *An introduction to community psychology.* New York: John Wiley & Sons, 1974.
Zegiob, L.E., Arnold, S., & Forehand, R. An examination of observer effects in parent-child interactions. *Child Development,* 1975, *46,* 509-512.
Zetzel, E.R. An approach to the relation between concept and content in psychoanalytic theory. *The Psychoanalytic Study ofthe Child,* 1956,*11,* 99-121.
Zigler, E., & Phillips, L. Social effectiveness and symptomatic behaviors. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 1960, *61,* 231-238.
Zjlboorg, G., & Henry, G.W. *A history of medical psychology.* New York: W.W. Norton, 1941.
Zimet, C.N., & Throne, F.M. *Preconference materials.* Conference on the Professional Preparation of Clinical Psychologists. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1965.
Zubin, J. The role of models in clinical psychology. In L. L'Abate (Ed.), *Models of clinical psychology.* Research paper number 22. Atlanta, Ga.: Georgia State College, 1969, 5-12.
Zubin, J., Eron, L.D., & Schumer, F. *An experimental approach to projective techniques.* New York: John Wiley & Sons, 1965.
Zuckerman, M. Physiological measures of sexual arousal in the human. *Psychological Bulletin,* 1971, *75,* 297-329.
Zuckerman, M., & Lubin, B. *Manual for the múltiple affect adjective checklist.* San Diego, Calif.: Educational and Industrial Testing Service, 1965.

REFERENCIAS ADICIONALES

Barker, R.G., Schoggen, M.F., & Barker, L.S. Hemerography of Mary Ennis. In A. Burton & R.E. Harris (Eds.), *Clinical studies of personality.* New York: Harper & Row, 1955, 768-808.
Bellak, L. *The thematic apperception test and children's apperception test in clinical use.* New York: Grune & Stratton, 1954.
Butcher, J.N., & Koss, M.P. Research on brief and crisis-oriented psychotherapies. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2d ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc., 1971.
Cautela, J.R., & Upper, D. The behavioral inventory battery: The use of self-report measures in behavioral analysis and therapy. In M. Hersen & A. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook.* New York: Pergamon Press, 1976, 77-110.
Cohen, E., Motto, J.A., & Seiden, R.H. An instrument for evaluating suicide potential: A preliminary study. *American Journal of Psychiatry,* 1966,*122,* 886-891.
Frankl, V. *Man's search for meaning.* New York: Washington Square Press, 1963.

Frankl, V. *The doctor and the soul.* New York: Knopf, 1965.
Frankl, V. Psychotherapy and existentialism: Selected papers on logotherapy. New York: Washington Square Press, 1967.
Greenspoon, J., & Gersten, C.D. A new look at psychological testing: Psychological testing from the standpoint of a behaviorist. *American Psychologist,* 1967, *22,* 848-853.
Gross, M.L. *The brain watchers.* New York: Random House, 1962.
Guilford, J.P., & Zimmerman, W.S. *The Guilford-Zimmerman temperament survey: Manual of instructions and interpretations.* Beverly Hills, Calif.: Sheridan Supply Co., 1949.
K.ent, G.H., & Rosanoff, A.J. A study of association in insanity. *American Journal of Insanity,* 1910, *67,* 37-96, 317-390.
Levitsky, A., & Perls, F.S. The rules and games of gestalt therapy. In J. Fagan & I.L. Shephers (Eds.), *Gestalt therapy now.* Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1970, 29.
Lindemann, E. Symptomology and management of acute grief. *American Journal of Psychology,* 1944,*101,* 141-148.
Matarazzo, J.D., Wiens, A.N., Matarazzo, R.G., & Saslow, G. Speech and silence behavior in clinical psychotherapy and its laboratory correla tes. In J.M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy.* Washington, D.C.: American Psychological Association,. 1968.
Patterson, C.H. *Theories ofcounseling and psychotherapy* (2d ed.). New York: Harper & Row, 1973.
Payne, A.F. *Sentence completions.* New York: New York Guidance Clinic, 1928.
Pope, B., Nudler, S., Vonkorff, M.R., & McGhec, J.P. The experienced professional interviewer versus the complete novice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1974, *42,* 680-690.
Rathus, S.A. A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior therapy,* 1973,4,398-06.
Raush, H.L., & Bordin, E.S. Warmth in personality development and in psychotherapy. *Psychiatry,* 1957, *20,* 351-363.
Reynolds, G.S. *A primer ofoperant conditioning.* Glenview, 111.: Scott, Foresman, 1968.
Richardson, F.C., & Tasto, D.L. Development of factor analysis of a social anxiety inventory. *Behavior therapy,* 1976, 7, 453-462.
Sacks, J.M., and Levy, S. The sentence completion test. In L.E. Abt & L. Bellak (Eds.), *Projective psychology.* New York: Knopf, 1950, 357-402.
Storrow, H.A. *Introduction to scientific psychiatry: A behavioral approach to diagnosis and treatment.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1967.
Tendler, A.D. A preliminary report on a test for emotional insight. *Journal of Applied Psychology,* 1930,*14,*123-136.
Watson, D., & Friend, R. Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1969,*33,* 448-457.
Webb, J.T. Regional and sex differences in MMPI scale high-point frequencies of psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology,* 1971, *27,* 483-486.
Weiss, J.H. The effect of professional training and amount and accuracy of information on behavioral prediction. *Journal of Consulting Psychology,* 1963,*27,* 257-262.
Williams, R.L. The Black Intelligence Test of Cultural Homogeneity (BITCH)—100: A culture-specific test. Paper presented at the American Psychological Association meeting. Honolulú, September 1972.



Índice de autores

ÍNDICE DE AUTORES

Índice analítico





OTROS LIBROS McGRAW-HILL EN ESPAÑOL CON TEMAS AFINES

Davidoff: INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA
Haddad: PSICOLOGÍA Y APRENDIZAJE
Hurlock: DESARROLLO DEL NIÑO 6/ed.
Maher: PRINCIPIOS DE PSICOPATOLOGÍA
Morgan: PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA
Papalia: PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO
Smith: PSICOLOGÍA DE LA CONDUCTA INDUSTRIAL

McGraw-Hill

ISBN 968-451-291-0